APORTES PARA PENSAR LA

SALUD

DE PERSONAS

TRANS



Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud

capicüa

www.capicuadiversidad.org

EQUIPO REDACTOR

Alan Otto Prieto: estudiante, activista trans de Capicüa , Buenos Aires, Argentina.
Juan Péchin: docente e investigador y activista queer, Capicüa, Buenos Aires, Argentina.
Ilona Aczel: docente e investigadora y activista queer, Capicüa, Buenos Aires, Argentina.
Thomas Casavieja; activista trans de Capicüa, Buenos Aires, Argentina.
Juana Sofía Valinotti: estudiante y activista trans de Capicüa, Buenos Aires, Argentina.
Santiago Thomas Romero: estudiante y activista trans de Capicüa, Buenos Aires, Argentina.

COLABORADORXS

Ada Augusta Julia: activista trans de Capicüa, Buenos Aires, Argentina.
Guillermina Lapido Franco: activista trans de Capicüa, Buenos Aires, Argentina.
Ana Péchin: activista de Capicüa, Buenos Aires, Argentina. (cambio)

EQUIPO REVISOR

ATTS (Asociación Trans y Trabajadorxs Sexuales) Río Negro, Argentina.
ABOSEX, (abogad·s por los derechos sexuales) Buenos Aires, Argentina.
PIEMG (Programa Interdisciplinario Estudios de Mujer y Género) del Centro de Investigaciones de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Marina Tomasini y Pamela Ceccoli.
PH (Producción Horizontal): colectivo de estudiantes y trabajadorxs de la salud de la ciudad de Buenos Aires, Argentina.
Coordinación SIDA de Buenos Aires, Argentina.
Stop Patologización Trans de España.
Francisco Fernández: activista trans, Buenos Aires, Argentina.
Mauro Cabral: docente e investigador, activista trans e intersex de GATE (Global Action For Trans* Equality).
Aitzole Araneta: activista trans, sexologa e investigadora, España.
Alejandra Melo: psicóloga, El Bolsón, Río Negro, Argentina.
Federico Bordon: médico generalista, Santa Fe, Argentina.
Federico Napiarkorvski: Psicología, docente y militante por los derechos humanos.
Lisandro Utz: médico generalista de la provincia de Córdoba, Argentina.
Nayla Vacarezza: Licenciada en Sociología, docente e investigadora del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, Argentina.
Martin Boy: Licenciado en Sociología, es docente e investigador en la UBA y activista de Capicüa.
Luciana Lavigne: Licenciada en Antropología; docente e investigadora del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Capacitadora docente en educación sexual integral del Ministerio de Educación de la Nación y de la CABA.
Cynthia Bernatallada: psicóloga y docente. Integrante del grupo radial feminista "Conjuros a viva voz" (FM Alas- Radio comunitaria de El Bolsón), El Bolsón, Río Negro, Argentina.
María Gabriela Wuthich: activista feminista, docente e investigadora. Integrante del grupo radial feminista "Conjuros a viva voz" (FM Alas- Radio comunitaria de El Bolsón) y "Socorristas en red", El Bolsón, Río Negro, Argentina.
Andrea L. González: activista feminista, docente e investigadora. Integrante del grupo radial feminista "Conjuros a viva voz" (FM Alas- Radio comunitaria de El Bolsón) y "Socorristas en red", El Bolsón, Río Negro, Argentina.
María José Aguilar: activista, integrante del grupo radial feminista "Conjuros a viva voz" (FM Alas- Radio comunitaria de El Bolsón) y "Socorristas en red", El Bolsón, Río Negro, Argentina.
Nadia Brunstein: activista, integrante del grupo radial feminista "Conjuros a viva voz" (FM Alas- Radio comunitaria de El Bolsón), El Bolsón, Río Negro, Argentina.
Simón Mass: activista, integrante del grupo "Socorristas en red", El Bolsón, Río Negro, Argentina.
Matías Soich: licenciado en filosofía y doctorando del área de lingüística, de la Universidad de Buenos Aires. Activista.





INDICE

CAPICÜA se creó a principios del año 2012 gracias a la reunión de un grupo de activistas LGTBQ que consideramos que los avances legislativos, como el Matrimonio Igualitario y la Ley de Identidad de Género, que conseguimos a través de años de lucha colectiva y sostenida, constituyen un piso desde donde construir una ciudadanía real para miles de personas que, a lo largo de nuestra vida, hemos sido marginadas y objeto de maltratos por nuestras prácticas sexuales y/o nuestra identidad y/o expresión de género. En ese sentido sabemos que ahora la lucha es cultural. Por eso, nuestros objetivos centrales son: la implementación de políticas públicas efectivas para el acceso de la población trans a sus derechos sanitarios, laborales y educativos; la incidencia en las aulas de todo el país en pos del fortalecimiento ciudadano de las diferencias genérico-sexuales; y la profundización en el impulso de la articulación dinámica del activismo LGTBQ con diversas organizaciones políticas y de derechos humanos y movimientos sociales, para enfrentar la discriminación y las múltiples formas que adopta la violencia. En este sentido, esperamos afianzar y difundir la voz y la potencia crítica de la comunidad trans a través de la producción y circulación de diversos materiales, debates y saberes elaborados desde los colectivos trans y LGTBQ para promover una reflexión, interpelación y deconstrucción de supuestos, prácticas, discursos y protocolos naturalizados en diversas instituciones y academias. Impulsamos, así, una reivindicación de la ciudadanía trans que obliga a reconocernos en la responsabilidad y autonomía de nuestros propios cuerpos, como sujetxs activxs, con capacidad para decidir por nosotrxs mismxs, para hablar por nosotrxs mismxs de nuestras propias vidas, experiencias y deseos.

¡Lxs invitamos a ser parte de este desafío!



Hay palabras que no se las lleva el viento. Eso sucedió el 18 de agosto de 2011 cuando una voz ronca se alzó entre las paredes del Congreso de la Nación para expresar lo justo. Lo justo no siempre se dice en el momento justo. Primero, ¿cuándo es justo y según quién, a fin de cuentas? Los tiempos de la política y de la justicia son más bien tiranos para aquellos grupos que sufren la discriminación no sólo social sino también institucional. Y, por otro lado, quizás tampoco fuese justo para las personas trans que las organizaciones de la diversidad sexual concentráramos en primer término las energías en la sanción del Matrimonio Igualitario en tanto que la agenda trans esperaba su turno. No lo sabemos. Son las distancias que siempre guarda lo estratégico de lo justo. A diferencia del tiempo el lugar sí lo era. ¿En cuántos parlamentos del mundo un plenario de legisladores nacionales se dispuso a escuchar las voces de activistas trans? Defendían un proyecto de ley que, desde hacía varios años, dormía el sueño de lxs justxs. Transcribimos a continuación el discurso que pronunciara Claudia Pía Baudracco, fundadora de ATTTA y referente crucial del movimiento trans, con la convicción por parte de lxs que integramos Capicüa y de aquellos que nos formamos a su lado de continuar su lucha en pos de condiciones de vida digna para cada una de las personas trans de nuestro país y del mundo.



Discurso realizado el 18 de agosto de 2011, en la Reunión de las Comisiones de Legislación General y Justicia de la Cámara de Diputados de la Nación en la que comenzaron a debatirse los proyectos de Ley de Identidad de Género. Este proceso terminó con la efectiva sanción de la Ley de Identidad de Género argentina.

Señora presidenta: buenos días a todas y a todos. Quiero decir que hoy llegó el día en que sentí algo que nunca habíamos podido sentir: se nos dio el derecho naturalísimo a la vida pero no se cumplió el derecho naturalísimo a la vida y a la identidad. Respecto de estos proyectos de ley, tengo que destacar la valentía y el apoyo que nos dio la señora diputada Di Tullio cuando le hicimos llegar estas dos iniciativas que considerábamos de máxima. Lo mismo quiero decir en relación con la ex diputada Silvia Augsburger, quien en 2009 acompañó la primera propuesta que presentamos al bloque Socialista. También deseo expresar mi agradecimiento a la señora diputada Conti, quien acompañó las propuestas presentadas por las compañeras de la ALITT y del Frente, junto con la CHA y otras organizaciones integrantes del Frente. Asimismo quiero agradecer al señor diputado Barrios por volver a presentar el proyecto que había cumplido su tiempo en el Parlamento y no había sido tratado.

Hoy todas estas iniciativas simplemente quieren decir sí a la democracia y a la ciudadanía. El goce de esta última significa para nosotras ese piso de igualdad que nos va a permitir ser sujetas y sujetos plenos de derecho. Al respecto quiero decir que durante todos estos años de lucha el Estado nos demostró que sólo habían tenido tiempo de sentarse en los recintos para crear herramientas a fin de que las fuerzas de seguridad sólo apliquen la tortura, la persecución y la violación sistemática de los derechos humanos. Fueron muchos los años de lucha para terminar con todas esas herramientas. Hoy festejamos que los hayamos podido derogar en casi todas las provincias exceptuando las de Neuquén y Formosa [1], donde esperamos su pronta derogación. No pueden existir más códigos de faltas que nos persigan y nos criminalicen por la vestimenta contraria a nuestro sexo, porque nos vestimos como nos sentimos por dentro y somos leídas como nos manifestamos porque simplemente expresamos lo que sentimos. Si hubiera podido elegir, no hubiera elegido ser discriminada pero sentí muy fuerte la expresión del género y así lo manifesté y por suerte me saqué una gran mochila, que era la de cumplir con las pautas sociales y no ser feliz. Hoy digo que con tanta represión, con tanta tortura, igualmente volvería a nacer trans porque sí soy feliz. [La sala interrumpe con aplausos.]

[1] Estos códigos fueron derogados poco tiempo después de esta presentación gracias a la lucha militante.

Cuando hablamos del derecho a ser me refiero al derecho a la identidad para el acceso a todos los derechos. Cuando hablamos de derechos nos referimos a derechos humanos y me pregunto por qué la Convención Interamericana de Niños, Niñas y Adolescentes no estuvo protegiéndome cuando tuve que salir de la escuela entre la preadolescencia y la adolescencia porque no entraba en ese casillero binario de hombre-mujer, macho-hembra, pene-vagina. Evidentemente esa imposición nos ha dejado por fuera a todas las personas trans. Hay algo que quiero transmitir a los diputados y diputadas: la aprobación de una ley que garantice de modo administrativo la identidad de género, el acceso a la salud integral, sintetizando la salud como un derecho humano. Esto es algo que nunca hemos podido alcanzar porque hemos conformado nuestra identidad de manera casera y hasta paupérrima. Una mesa como ésta es como un quirófano para nosotras, cuando nos ponemos aceites para uso industrial con agujas de veterinaria para que el espejo nos devuelva lo que queremos sentir por dentro, o cuando los compañeros trans están llenos de llagas para poder esconder las glándulas mamarias porque el sistema no lo permitía. Queremos que también se garantice la derogación de la prohibición de cambio de genitales en la Argentina, que fue sancionada en el gobierno de Onganía. La decisión del cambio de genitales no la da un tercero; eso lo decidimos cada uno y cada una de nosotras por nuestra construcción de identidad, que nos conlleva a la transexualidad en el caso de las personas transexuales. También deseo comentar lo siguiente. La sociedad nos dice: "No estén paradas en las esquinas; estudien y trabajen". Pero los profesores viven atacándonos, obligándonos a que nos eduquemos y nos corrijamos y la verdad es que es muy difícil sostener esta currícula educativa que sólo plantea el binarismo y la "familia tipo" cuando hay "tipos de familia".

Quiero decirles que hoy llegó el día en el que siento que no me voy a morir y pasar por esta vida como un fantasma, porque el día que me vaya voy a poder tener mi nombre y mi apellido en el responso… porque es muy triste acompañar el responso de una compañera, de una hermana de lucha, y ver que su nombre no está. Lamentablemente muchas de nuestras compañeras hoy no están. Hubo masacres y torturas pero sobre todo hubo falta de identidad, que significó en nosotras la impunidad sobre nuestros cuerpos. Ser trans, no tener identidad, significa que cualquiera puede vulnerar tus derechos, que no existe derecho humano a la Justicia, porque cualquier ciudadano y ciudadana en este país se presume inocente hasta que se demuestre lo contrario pero cualquier hombre o mujer trans es culpable hasta que pueda demostrar que es inocente. Evidentemente, es otro derecho humano que no hemos podido alcanzar. Tampoco hemos alcanzado el derecho humano al trabajo, o sea, a elegir en qué queremos trabajar, y no el condicionamiento de estar paradas en una esquina. En todo caso, si esa es la decisión, que sea con derechos y no con condiciones como las que hoy tenemos para el ejercicio del trabajo sexual o la situación de prostitución, que va casi de la mano de la trata y la explotación sexual.

También quiero decirles que portar un documento con nuestra identidad no es algo de uso cosmético, sino que refleja realmente quién soy. Mis padres con mucho amor me dieron la identidad que porto, pero me avergüenza cuando me la gritan en los hospitales a viva voz, ya que ni siquiera tengo el apellido primero y el nombre después, sino que tengo primero el nombre y después el apellido, a diferencia del resto de las personas que están en la sala de espera. Quiero decirles que nuestra población tiene una expectativa de vida de 35 años de edad y que es compromiso del Estado revertir esa situación. No es posible que las trans en Argentina tengamos que morir tan jóvenes por no acceder a la salud ni a la educación y por no tener la posibilidad de calificar para un trabajo con los desafíos que hoy tiene el campo laboral. Realmente nos fue muy difícil afrontar la discriminación. Cuando los niños afrodescendientes fueron discriminados y llegaron a sus casas, sus padres les dieron contención porque ellos también lo habían sufrido en carne propia. De la misma manera, cuando los niños de la comunidad judía fueron discriminados y llegaron a sus casas, también fueron contenidos por sus padres porque ellos sabían por experiencia lo que era la discriminación. En cambio, cuando nosotras llegamos a nuestros hogares y planteamos nuestra identidad –evidentemente la gran mayoría de nosotras provenimos de hogares heterosexuales-, no encontramos ninguna contención –la tuvimos que encontrar en una compañera mayor- ya que la gran mayoría fuimos expulsadas de nuestras casas a temprana edad.

Pedimos la derogación de la norma que prohíbe el cambio de genitales y la sanción de una ley que garantice el reconocimiento de la identidad de género, que deje asentada la figura de la salud integral –algo que no conocimos y que queremos conocer como un derecho- y que también brinde la posibilidad de que cualquier persona en Argentina cuando es menor de edad pueda ser acompañada por sus padres o tutores y realizar esta ampliación de derechos, porque si no estás reconocida cuando realmente construís tu identidad, sos blanco de violencia. También quiero contarles que muchas veces esta condena social solamente nos abre el campo laboral al "PCP": cuando la sociedad nos piensa incluidas, solamente nos da el lugar de putas, costureras o peluqueras. Queremos ser presidentas de la República Argentina, queremos ser ministras, empleadas del Estado... [Aplausos.] Queremos ser personas incluidas. Nada más que eso. Gracias a todos y a todas. Adhiero a los pensamientos que acá se expresaron. [Aplausos.]

Versión taquigráfica disponible en:
http://www.slideshare.net/lauritalonso/por-la-ley-de-identidad-de-gnero-versin-taquigrfica (consultado el 07/05/2014)
Se puede ver también en: *http://www.youtube.com/watch?v=GdodqtgJ9hs* (consultado el 07/05/2014)

INTRODUCCIÓN

El 15 de julio de 2010 el Congreso de la Nación aprobó la Ley 26.618 que autoriza la modificación del Código Civil para permitir el casamiento entre personas de cualquier género, regularizando y visibilizando diversas uniones y familias argentinas que, existiendo de hecho, no tenían ni el amparo ni el reconocimiento legal. El 9 de mayo de 2012 se aprobó la Ley de Identidad de Género, número 26.743, que permite mediante un fácil trámite burocrático el cambio registral de sexo en el documento y en el acta de nacimiento a las personas que no se sienten identificadas con el género que les fue asignado al nacer. De esta manera, la Ley de Identidad de Género en su artículo 1 establece que "Toda persona tiene derecho: a) al reconocimiento de su identidad de género; b) al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género; c) a ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada." Y en el artículo 2 define la "identidad de género" como "la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales". En el artículo 11 se garantiza el "derecho al libre desarrollo personal" que está sustentado en el goce de la salud integral que implica que toda persona mayor de 18 años pueda acceder a intervenciones quirúrgicas totales o parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo a la identidad de género autopercibida sin necesidad de autorización judicial o administrativa. En el caso de solicitar tratamientos hormonales integrales no será necesario acreditar la voluntad de una intervención quirúrgica de reasignación genital total o parcial, requiriéndose solamente el consentimiento informado de la persona. Mediante este artículo el Estado argentino insta a lxs trabajadorxs del sistema de salud –público y privado- a garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce, incluyendo todas las prestaciones de salud que sean necesarias en este sentido en el Plan Médico Obligatorio o el que lo reemplace.

En este sentido, la nueva ley reconoce y permite expresamente el cambio de identidad de género, rechazando la patologización médica o psiquiátrica de las personas que toman esta decisión para sus vidas y evitando, también, su judicialización. Este marco jurídico reclamado históricamente por las organizaciones y los distintos activismos LGTBQ (lesbianas, gays, trans, bisexuales y queer) y de derechos humanos fue catalizado por un proyecto gubernamental de ampliación de la ciudadanía que los retomó e institucionalizó a través de herramientas legales como el Plan Nacional contra la Discriminación (2005). Desde este nuevo paradigma legal se entiende, entonces, la identidad no como una prescripción fija o como una obligación impuesta por el Estado y sostenida y vigilada por prácticas sociales naturalizadas irreflexivamente sino como un proceso que, a su vez, es visibilizado y garantizado como el derecho de todx ciudadanx a su propia construcción genérica y corporal y a la búsqueda y exploración de su propio modo de vida, en tanto no lesione a tercerxs.

En este momento histórico de cambios culturales profundos, el sistema médico y las instituciones necesitan actualizar, modificar y/o eliminar sus protocolos en relación con las nuevas normas aprobadas, sancionadas y reglamentadas en nuestro país. De acuerdo con este objetivo, proponemos esta guía para reflexionar y mejorar las prácticas en la atención integral de la salud para las personas trans de manera que garanticen y reconozcan el derecho universal a la salud como parte de los derechos humanos, consagrados por la Constitución Nacional y por diversos tratados internacionales, ratificados constitucionalmente. A partir de la articulación de Capicüa con otras organizaciones, colectivos/as e instituciones, creemos que sólo con un trabajo articulado entre la sociedad, el Estado, los organismos de salud y educativos, podrá garantizarse un cambio cultural a través de la transformación de las prácticas y rutinas institucionales.

Este material tiene un doble propósito que focaliza dos grupos de lectorxs: por un lado, busca aglutinar y compartir información entre las personas y organizaciones trans para potenciar un trabajo de mutuo empoderamiento; y, por el otro, recopilar, sintetizar y visibilizar una serie de saberes útiles de la comunidad trans para lxs trabajadorxs del sistema de salud, en particular, y para la población en general. Estos saberes se fueron consolidando como herramientas al interior de la comunidad trans como consecuencia de la conflictiva relación histórica que tuvimos con el sistema médico. En este sentido, en el primer capítulo se presenta una historización de las identidades trans a nivel mundial y en Argentina, mostrando su surgimiento como un proceso de autorreconocimiento que se vincula, por un lado, con la organización de los primeros grupos que lucharon políticamente para el reconocimiento de la igualdad civil y política y comenzaron a reclamar públicamente por el ejercicio pleno de los derechos ciudadanos de la diversidad genérico-sexual a mediados del siglo XIX en Alemania y, por el otro, con el debate que llevaron a cabo estxs primerxs activistas con los discursos médicos, psiquiátricos, psicológicos y criminológicos que empezaban a clasificar, a diagnosticar y a criminalizar la diversidad genérico-sexual desde su visibilización política. Este apartado se detiene y explica, particularmente, la Ley de Identidad de Género aprobada en Argentina, relacionándola con aquellas normativas que fueron reconociendo el derecho de las personas trans a nivel mundial y los nuevos paradigmas de derechos humanos que fueron elaborándose en el mundo. El segundo capítulo, dirigido especialmente a lxs trabajadorxs del sistema de salud, presenta consejos para reflexionar sobre las rutinas y protocolos institucionales naturalizados con el objetivo de promover el ejercicio de buenas prácticas en relación con la atención a personas trans desde una perspectiva despatologizante que exige, en principio, nuestro reconocimiento como ciudadanxs, dejando atrás las perspectivas y teorías que nos presentan o encasillan como personas "enfermas y/o desviadas" ya que desde la nueva normativa se volvieron herramientas obsoletas e ilegales y subraya la obligación legal posterior a reflexionar sobre la necesidad de escucharnos en nuestros deseos y derechos personalísimos, sin anticipar ni suponer automáticamente qué es lo que cada unx espera o quiere. Recuperar la ciudadanía supone necesariamente volver a garantizarnos la legitimidad política de nuestra voz que fue históricamente minorizada a través del viejo paradigma patologizante que desvalorizaba nuestras palabras desde los discursos médicos, psiquiátricos y/o jurídicos que, con diferentes argumentaciones, nos descalificaban, adjudicándose la legitimidad de hablar por y sobre nosotrxs. El tercer capítulo reflexiona, recopila, desarrolla y ordena las estrategias, técnicas y métodos más comunes utilizados por las personas trans para transitar y (de)construir nuestro género: diversos modos de trabajo con el cuerpo, trucos y prótesis, tratamientos de hormonación y cirugías. Como la Ley de Identidad de Género fue aprobada recientemente, hay muchxs trabajadorxs de salud que no tienen información suficiente y actualizada. En ese sentido una de las metas de este apartado es difundir información sobre los tratamientos vigentes y proponer un protocolo que se consolidará en el debate entre las organizaciones y activismos LGTBQ, y especialmente trans, diversxs trabajadorxs de salud y otros movimientos políticos, sociales y de derechos humanos con los que ya iniciamos el diálogo y otras que con las que esperamos poder articular o convocar por distintos medios. El cuarto capítulo focaliza la diversidad de familias que hemos ido constituyendo y ofrece una primera revisión de los nuevos métodos y técnicas científicas y leyes, como la Ley Nacional de Fertilización Asistida (2013), que abren una serie de alternativas para la concepción y para la posibilidad de planificación familiar para las personas trans que así lo deseemos. Finalmente, el quinto capítulo ofrece una serie de contactos de las organizaciones LGTBQ, los servicios amigables de salud y lxs trabajadorxs involucradxs, detallando las especialidades de cada unx, y, también, espacios donde radicar denuncias por discriminación y/o retirar preservativos gratis. A través de la circulación de la guía apostamos, también, a que las diversas organizaciones actualicemos colectivamente estos datos a nivel nacional. Esta capitulación intenta dinamizar la lectura ofreciendo la posibilidad de focalizar en los puntos que sean de mayor interés. Cabe destacar que en la estructura original se propuso un quinto capítulo que está actualmente en construcción. Como en Capicüa sostenemos que la forma de producir y circular conocimientos es a través del debate crítico constructivo y colectivo, allí se relevan e incorporan las diferentes posiciones y sugerencias que nos hicieron las diversas organizaciones y activismos trans y LGTBQ, organizaciones y colectivos de estudiantes, trabajadorxs de salud, y de referentes de diversas disciplinas, para enriquecerla en el intercambio. En esta versión en papel se incluyeron muchas de las sugerencias que per-

mitieron enriquecer el texto, reconociéndose los aportes de las organizaciones y las personas que participaron de este trabajo como "Equipo Revisor". Prontamente circularemos una versión digital que recopila y ordena todas las devoluciones que se hicieron sobre este material como parte integral del mismo. De esta manera, apuntamos a visibilizar las diversas posiciones en el interior de la comunidad trans para fomentar un puente de diálogo que afiance el trabajo productivo y fortalezca los vínculos de cooperación e intercambio entre las organizaciones trans y las instituciones de salud.

CAPÍTULO 01

LA CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LAS IDENTIDADES TRANS Y LA LEY DE IDENTIDAD DE GÉNERO EN ARGENTINA

CAMBIANDO PARADIGMAS: DE LA PATOLOGIZACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS

Desde hace algunos años, ha surgido un nuevo paradigma que pone en el centro la perspectiva de los derechos humanos y reconoce como un derecho humano fundamental la expresión de género de las personas, institucionalizando y reconociendo la lucha que desde hace años sostienen a nivel mundial diversxs colectivxs LGTBQI. Esta línea se desprende de distintos informes y documentos, entre los que se destacan los Principios de Yogyakarta (2007)[1] y el Informe "Derechos Humanos e Identidad de Género" (2009) de Thomas Hammarberg, Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa. Desde esta nueva perspectiva internacional, seguir considerando las expresiones o identidades de género no hegemónicas como enfermedades, ya sean mentales o físicas, implica una vulneración directa a los derechos humanos. Se impulsa, así, una reivindicación de las personas trans que obliga a reconocernos en la responsabilidad y autonomía de nuestros propios cuerpos, como sujetxs activxs, con capacidad para decidir por nosotrxs mismxs, para hablar por nosotrxs mismxs de nuestras propias vidas, experiencias y deseos, abandonando un viejo paradigma patologizante que desvalorizaba nuestras palabras desde los discursos médicos, psiquiátricos y/o jurídicos que, con diferentes argumentaciones, nos descalificaban, adjudicándose la legitimidad de hablar por y sobre nosotrxs.

Con la aprobación de la Ley de Identidad de Género, la República Argentina se ha vuelto pionera en la implementación de este nuevo paradigma. El reconocimiento del derecho al propio cuerpo y, en consecuencia, a una libre identidad y expresión de género como derechos fundamentales vuelve necesaria la revisión de los límites éticos y del rol de las instituciones estatales y privadas, especialmente las médicas, las psiquiátricas y las psicológicas, en la construcción de la subjetividad de lxs ciudadanxs. Este nuevo horizonte legal plantea y sostiene la despatologización trans, llamándonos a entender la experiencia trans no como una patología o un problema, sino como un conjunto de construcciones y elecciones personalísimas, de trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes, actualmente legitimadas por la ley. Se impulsa, así, el pasaje de un modelo médico a uno de derechos humanos, en el que lxs profesionales de la salud tienen un rol de acompañamiento pero no deben determinar las formas de entender y vivir las identidades y/o expresiones de género, las experiencias de las sexualidades y las transformaciones corporales que puedan llevarse a cabo.

Las distintas culturas han ritualizado históricamente diversas prácticas para distinguir cada uno de los estamentos sociales, siendo la primera división constitutiva la diferencia jerarquizada y jerarquizante entre varón y mujer que anuda el sexo biológico, decodificado exclusivamente en términos binarios, con los roles sociales asignados como activo/pasivo y/o dominador/dominado. Desde el vestuario, la forma de caminar, gesticular o hablar, los temas de reflexión y conversación y/o lugares y/o actividades dentro de cada cultura se dividen y adjudican arbitraria e irreflexivamente y definen, entonces, diversos modos de ser "varones" o "mujeres", ya que estos roles y sus límites son transitorios y están siempre atados a los valores dominantes aceptados por el común de cada sociedad en cada momento histórico concreto. De esta manera, se puede constatar que los signos, prácticas y gestos de masculinidad y feminidad cambian con el tiempo: basta recordar las túnicas romanas, impensables como prenda válida para un hombre moderno; el pelo largo y los aros de los piratas; las plumas en atuendos, accesorios y tocados de diversos pueblos originarios o los tacones, los moños y las pelucas que hicieron furor como moda masculina en la corte de Luis XIV. Hoy es socialmente aceptable que las mujeres usen pantalones mientras que los varones siguen imposibilitados de ampliar su guardarropa con vestidos y/o polleras, más allá de ciertas tradiciones focalizadas como la escocesa, a pesar de la actual apertura a la denominada "metro-

[2] http://www.oas.org/dil/esp/orientacion_sexual_Principios_de_Yogyakarta_2006.pdf

sexualidad". Si en la Edad Media la belleza estaba definida por las exuberantes redondeces en las mujeres, el siglo XIX impuso un modelo de cuerpo femenino ligado a la fragilidad extrema, cercana a la enfermedad, que todavía se sostiene en los actuales cuerpos anoréxicos –o cercanos a la anorexia- de las modelos internacionales. En la Grecia clásica las relaciones eróticas entre varones eran comunes y estaban socialmente reguladas.

En las diversas épocas y culturas se sostuvieron diferentes miradas y acciones sobre la transgresión a los roles asignados socialmente: las distintas comunidades les fueron adjudicando diversas características a lxs transgresorxs, considerándolxs seres especiales, chamanes, brujxs o artistas, entre ellas encontramos lxs "hijras" de la India, lxs "muxes" zapotecas, lxs "two-spirits" nativxs americanxs, lxs "kathoeys" tailandesxs, lxs "fa'afafines" de Polinesia o lxs "takatapuis" maoríes. Sin embargo, en la cultura occidental se ha tendido a regular las prácticas sexuales y los roles de género en relación con imponer un modelo monogámico de familia patriarcal que se legitima sobre la división jerárquica y binaria hombre/mujer y tiene como objetivo central la reproducción y no la sociabilidad, el intercambio afectivo, el autoconocimiento, el placer o el goce. Se fueron prohibiendo y persiguiendo, así, prácticas que van desde la masturbación hasta cualquier otra posición sexual que la del "misionero" y por razones reproductivas. En ese sentido, se ha tendido a penar cualquier forma de sexualidad o expresión de género que no sea la establecida. Las prescripciones de la Iglesia Católica, entre otras religiones con diferentes alcances mundiales, se continuaron, de esta manera, en las ciencias modernas que se presentan como el discurso legítimo para referirse o pensar la sexualidad a partir de las instituciones médicas y psiquiátricas; este parámetro fue adaptado y seguido, también, por las instituciones jurídicas. Los Estados modernos, que se constituyen después de la Revolución Francesa tanto en Europa como en Latinoamérica, se consolidan en diálogo con el paradigma científico positivista y adoptan como verdaderos (axiomáticos) sus puntos de vista. Se impone, así, un régimen normativo de heterosexualidad obligatoria que rompe con el discurso moral y religioso anterior para encerrar al sexo y a la sexualidad en el ámbito de las ciencias naturales que está legitimado por el sistema judicial. Después de la Segunda Guerra Mundial desde diversas disciplinas, especialmente humanísticas y sociales, ese tipo de discursividad científica que invoca la universalidad y la objetividad fue puesto en crisis y expuesto como discriminatorio, racista, colonialista e imperialista al considerar válidos y deseables sólo cierto tipo de características físicas y prácticas que erigen como modelo de ciudadano al varón blanco, heterosexual, adulto, sin "discapacidades" físicas o mentales, estigmatizando y desvalorizando a las mujeres, la multiplicidad de cuerpos y subjetividades que se construyen desde las diferencias genérico-sexuales, lxs niñxs y jóvenes, las diferentes etnias no europeas y a todxs aquellxs que no cumplan con estos atributos. Así la matriz científica higienista y positivista fue denunciada como legitimadora de varios exterminios durante el siglo XIX y el XX, entre los que pueden apuntarse el de las comunidades ancestrales argentinas y la Shoah. Los discursos médicos, psiquiátricos y jurídicos construyeron una serie de clasificaciones que actúan aún hoy como jerarquizaciones sociales que terminaron por naturalizarse como sentido común al circular como estereotipos que no se ponen en duda pero de los que tampoco se conoce su procedencia institucional.

Un caso emblemático es el de las mujeres. A pesar de haber sido las que estuvieron al frente de las barricadas que iniciaron y sostuvieron la Revolución Francesa y de haberse involucrado activamente en los debates posteriores a este acontecimiento para pensar la construcción del nuevo sistema social y de gobierno, al dictarse el Código Civil Francés en 1804 durante el gobierno de Napoleón, no sólo no fueron reconocidas como ciudadanas, violando la consigna revolucionaria de "igualdad", sino que se dictaminó la incapacidad relativa de la mujer, que quedaba económica, jurídica y políticamente bajo la tutela del marido. Como matriz de la cultura moderna occidental, se coloca, así, a la mujer casada en una posición de inferioridad sin precedentes históricos, que la rebajaba a una condición peor que la infantil. El Código Civil francés se volvió modelo para la mayoría de los Código Civiles de los nuevos estados modernos, tanto europeos como latinoamericanos. En Argentina tomó forma a través del Código Civil propuesto por Dalmacio Vélez Sarsfield, sancionado en 1869, durante la presidencia de Domingo F. Sarmiento. A partir de esta minorización, se las entregaba a un sistema de represión que se jugaba entre el hogar patriarcal, el sexismo religioso, la psiquiatría y la psicología. Disciplinas que patologizaron la imagen misma de la mujer con diagnósticos como la histeria y el sostenimiento de su debilidad física y mental, detallada en enfermedades nerviosas de toda índole.

En este contexto de transformaciones sociales y políticas de la modernidad, surge la "identidad homosexual" entre la criminalización, la patologización y la transgresión a las normas como lucha política por el acceso pleno a la ciudadanía. En 1794, siguiendo a Francia y a Austria en las tendencias de la Ilustración, Prusia adoptó el artículo 143 por el que la pena de muerte que pesaba sobre la "sodomía"[3] se transformó en cárcel de seis meses a cuatro años y la suspensión temporal de todos los derechos civiles. La acusación de sodomía era frecuente en la Edad Media, también, para punir las prácticas sexuales con mujeres de aquellas personas cuya construcción identitaria masculina desafiaba la atribución femenina de su genitalidad, por ejemplo la condena a Eleno de Céspedes en 1588. En 1810 con la formulación del Código Penal Francés se despenaliza esta práctica sexual junto con otras, ya que se consideran delitos sólo aquellos actos que perjudiquen a terceros. A través de sus conquistas, Napoleón exportó sus códigos, llevando la despenalización, entre otros, a los Países Bajos y a Baviera. Preocupado por este avance, el gobierno prusiano se vio obligado a justificar el artículo 143 para que no desapareciera con la creación del Imperio Alemán. Se convocó, entonces, a un grupo de médicos conocido como Deputation für das Medizinalwesen (Diputación para las Ciencias Médicas) que en su informe de 1869 se declararon "incapaces de encontrar razones por las que, mientras que otros tipos de fornicación no aparecen en la legislación, se castigue el sexo con animales o entre hombres". Sin embargo, en 1872 se sancionó el artículo 175 del nuevo Código Penal del Imperio Alemán que prácticamente transcribe el 143 de la vieja legislación, disminuyendo solamente el tiempo de las penas. Esto hizo que en el último tercio del siglo empezaran a surgir iniciativas que luchaban por la despenalización de esta práctica, iniciándose con acciones aisladas e individuales de los que se conocen como los primeros activistas: Heinrich Hössli (1784-1864), Karl Heinrich Ulrichs (1825-1895) y Károly Mária Kertbeny (1824-1882).

Ulrichs, un importante jurista, en 1854 renunció a su puesto y envió, entre 1862 y 1863, una serie de cartas a sus familiares y allegadxs explicando su preferencia por "amar a hombres", protagonizando así el primer "coming out" o "salida del armario" conocido en la historia. En estas cartas usaba como estrategia presentarse como una naturaleza diferente, ya que la base jurídica y moral para la persecución se relacionaba con considerar estas prácticas sexuales como antinaturales. Con su apelación a la idea de naturaleza intrínseca intentaba demostrar que sus actos no respondían a caprichos momentáneos o a su voluntad; de esta manera el amor entre hombres no se presentaba como un desacato a la naturaleza sino como la obediencia a otro tipo de naturaleza humana. En estos términos, Ulrichs fue el primero en definir su inclinación y sensibilidad como innata y, no pudiendo todavía reflexionar sobre el modelo binario sexual, siguió atado a la polaridad masculino/femenino, asumiendo el deseo sexual como atracción entre opuestos. Desde esta conceptualización, aquel hombre que ama a otro hombre adopta un rol erótico femenino. Así se origina la fórmula muy utilizada y difundida posteriormente de concebir a aquellos hombres que desean a los de su mismo género como "un alma de mujer atrapada en el cuerpo de un hombre". Desde esta perspectiva, se postula, entonces, una suerte de "tercer sexo" que Ulrichs bautizó como "uranismo", inspirándose en el discurso de Pausanias de *El banquete* de Platón, para separarse de términos despectivos como el de "pederasta". Desde muchos lugares se produjeron respuestas a los escritos de Ulrichs ya que decenas de personas en diversos países descubrieron que no estaban solas, que sus gustos sexuales eran compartidos por otros que reivindicaban su naturaleza y negaban su carácter vergonzante. Así, se consolidó la emergencia de una subcultura "uranita" en las grandes ciudades del mundo occidental al generarse por primera vez el sentimiento de pertenencia a un colectivo perseguido; esto produjo la aparición de los primeros movimientos políticos a favor de la despenalización de la sodomía y de los reclamos por la plenitud de sus derechos civiles y políticos. Entre aquellos que se comprometieron a favor de esta causa estaba Károly Mária Kertbeny, un escritor y diletante que entra en contacto con Ulrichs y elabora y reparte panfletos anónimos en 1869 en contra del artículo 143 del Código Penal prusiano en donde por primera vez se utilizan las palabras "homosexual", "heterosexual", "monosexual" y "heterogenita". En 1878, haciéndose pasar por un médico eminente que prefería permanecer en el anonimato, convence al catedrático de zoología Gustav Jäger para que adopte sus teorías sobre la "homosexualidad" en su libro *El descubrimiento del alma*, publicado en 1880. El éxito de este libro permitió la amplia difusión de los términos "homosexual" y "heterosexual" que terminan por imponerse en el discurso científico y, posteriormente, en el lenguaje popular. Parte de la estrategia de Ulrichs para lograr

[3] "Sodomía" es el nombre que reciben las prácticas de penetración anal.

la despenalización fue apelar a los médicos para que reclamen su jurisdicción sobre esta cuestión y sacarla, así, del ámbito judicial. Ya desde mediados del siglo XIX los médicos como Nikolaus Friedreich (1830) y Jean Étienne Dominique Esquirol (1840) habían comenzado a interesarse por los llamados “trastornos de la identidad” que se relacionaban principalmente con la “identidad sexual”. Varios científicos respondieron al llamado de Ulrichs y usaron su argumentación de innatismo[4] tanto para defender los derechos de los “homosexuales” como para patologizarlos. Hacia finales del siglo XIX, empezaron a formarse en Alemania asociaciones que bregaban por la despenalización de las “prácticas homosexuales” masculinas, originando durante la República de Weimar el movimiento de reivindicación por los derechos “homosexuales” más activo del mundo. En 1897 se creó en Berlín el Comité Científico Humanitario (Wissenschaftlich-humanitäres Komitee) para luchar contra el artículo 175 del Código Penal y por el reconocimiento social de los “homosexuales” y lxs “transexuales”, convirtiéndose en la primera organización pública de defensa de sus derechos. Magnus Hirschfeld, un médico co-fundador de esta institución, creó y dirigió el Instituto para la Ciencia Sexual (Institut für Sexualwissenschaft) cuyo objetivo fue la investigación de estudios en sexualidad y fue pionero a nivel mundial en promover congresos internacionales sobre esta materia, así como el organizador de la Liga Mundial por la Reforma Sexual que reclamaba los derechos civiles y la aceptación social de “homosexuales” y “transexuales”. En 1910 Magnus Hirschfeld y Henry Havelock Ellis describieron un cuadro clínico que denominaron “travestismo”.

Tempranamente los médicos, psiquiatras y criminólogos argentinos, como José Ingenieros (1877-1925), Francisco de Veyga (1866-1948), Aníbal Ponce (1898-1938) y Enrique Mouchet (1886-1977), se ocuparon del “travestismo” y la “inversión” y, a diferencia de sus modelos europeos, pusieron el énfasis en el medio como factor determinante, minimizando su carácter innato. Investigadorxs argentinxs actuales afirman que entre finales del siglo XIX y principios del XX se había producido en la ciudad de Buenos Aires la aparición de una comunidad bastante extensa de personas con diferentes experiencias de las sexualidades y de los géneros, algunxs de ellxs conocían, se apropiaban y resignificaban los debates alemanes. El “travestismo” fue muy estudiado en esa época por médicos, psiquiatras y criminólogos; estos trabajos estuvieron muy relacionados con la constitución del protocolo policial de identificación a través de huellas digitales que se estableció, primero, en Argentina y se extendió, después, por el mundo. A diferencia de la fotografía que era el método preponderante, las huellas digitales permitían establecer la identidad de la persona más allá de su apariencia física, que siempre podía cambiarse y/o camuflarse.

Así puede apreciarse cómo las identidades “homosexual” y “travesti/transexual” nacen con los primeros reclamos por los derechos civiles, en tensión con los discursos que las patologizaban y/o las criminalizaban. Estas identidades se desarrollan, de esta manera, como procesos de debate que suponen, por un lado, la afirmación emancipadora de su diferencia, lo que constituye a las personas que las asumen como sujetxs políticxs, y, por el otro, la clasificación científico-médica normalizadora que convierte las nuevas voces en objetos y casos de discursos preestablecidos. Desde estas primeras conceptualizaciones, surge a finales del siglo XIX, entonces, la idea de “orientación sexual” que a partir de la división entre “homosexuales” y/o “heterosexuales” clasifica y diferencia a las personas de acuerdo con sus prácticas sexuales que, de esta forma, son presentadas como rasgos estables, diferenciales y determinantes de su conducta y su personalidad. El historiador francés Michel Foucault expone, en este sentido, que en las sociedades modernas hay un cambio de paradigma: antiguamente se penaban exclusivamente ciertos actos y prácticas; pero desde finales del siglo XVIII estos actos y prácticas se consideran no como situaciones aisladas o contingentes sino como definitorias del carácter, del temperamento o de la naturaleza de quien los ejecuta.

En la transición entre el siglo XIX y el XX, Sigmund Freud efectuó un primer gesto de ruptura sobre este marco naturalista e innatista de explicación de la sexualidad. A pesar de los debates actuales sobre la interpretación de su teoría y cierta práctica clínica psicoanalítica posterior en relación con la noción de “perversión”, el psicoanálisis se elaboró como disciplina en la búsqueda de esa mediación entre organismo biológico y construcción cultural subjetiva. La pulsión sexual (Trieb) como concepto marcaba el distanciamiento de la sexualidad humana de su función meramente biológica: al diferenciarla de la idea de instinto (Instinkt) se la devuelve a la órbita de la

[4] El concepto de “innatismo” sugiere algún tipo de idea, conocimiento o contenido mental que está presente en un organismo desde que nace, es decir, que no es adquirido o aprendido por éste.

producción cultural. Freud considera la bisexualidad como una condición natural del ser humano, siendo la cultura la que termina por orientar y modelar las prácticas y los deseos de las personas. En este sentido, se apartó de la afirmación de que tanto la "homosexualidad" como la "transexualidad" sean innatas. En varias oportunidades Freud se declaró en contra de criminalizar o penalizar la "homosexualidad", llegando a enfrentarse con otrxs miembrxs de la Asociación Psicoanalítica Internacional (International Psychoanalytical Association - IPA), entre ellxs Ernest Jones, que abogaban para que no se les permitiera ejercer la práctica psicoanalítica a lxs "homosexuales". Fueron sus discípulxs quienes, finalmente, lograron esta exclusión discriminatoria y estigmatizante.

En 1948 Alfred Kinsey publica *El comportamiento sexual en el hombre*. Este informe, elaborado a través de entrevistas a cinco mil trescientos varones, escandalizó a la sociedad norteamericana al mostrar que la mitad de los encuestados habían tenido al menos una experiencia "homosexual" (en el plano de la acción o de la fantasía), siendo frecuente haber tenido más de una. Por lo tanto, este tipo de sexualidad no era excepcional ni minoritaria, lo que indicaba que la "homosexualidad" en sí no podía sostenerse como índice de patología mental, tal como proclamaban muchxs de sus colegas. Después de la publicación del *Comportamiento sexual en la mujer* en 1953, elaboró la Escala de Kinsey para medir la relación heterosexualidad-homosexualidad en las prácticas individuales. En ella el grado 0 manifestaba una heterosexualidad exclusiva y el 6 una homosexualidad dominante. Kinsey afirma que la mayoría de las personas se encontraban dentro del número 1 o 2.



En el año de publicación de su informe sobre el comportamiento sexual de los hombres, Kinsey le presentó al médico alemán Harry Benjamin –que participaba en los congresos de Magnus Hirschfeld y Albert Moll a pesar de su interés exclusivamente endocrinológico- unx niñx trans que fue presentadx como "un niño que aseguraba ser una niña" y había sido llevadx a la consulta por su madre en busca de ayuda. Benjamin comenzó a tratar a lx niñx con estrógenos e introdujo en 1952 el término "transexualidad" en la comunidad médica. Dentro de esta nueva teorización, quienes sean diagnosticadxs bajo esta noción son presentadxs como sujetxs que necesitan una reasignación o cambio de sexo mediante una combinación del tratamiento hormonal, la intervención quirúrgica y la modificación de su identidad civil en la justicia. Ya desde los inicios del siglo XX se habían producido los primeros intentos fracasados de operaciones de "cambio de sexo" y se realizaron posteriormente experimentos con hormonas para propiciar la transformación de los caracteres sexuales, entre ellos en los campos de concentración nazis. En 1930 en Dinamarca se había despenalizado la "castración terapéutica". Ese año se produjo una de las primeras operaciones registradas de "cambio de sexo", lx de lx artista danesx Einar Wegener realizada por Hirschfeld. Wegener falleció al poco tiempo por las secuelas de la cirugía.

En 1952 se llevó a cabo en Copenhague la primera operación exitosa a Cristine Jorgensen, que se dio a conocer públicamente y tuvo repercusiones mundiales. Jorgensen fue elegida "Mujer del año" en 1954. Ese mismo año Benjamin presentó en la comunidad médica el caso de lx niñx como el de niño que se autopercibía como niña, exponiéndolo como un problema físico, endocrinológico, que se produciría durante la gestación, desestimando los factores psicológicos, culturales y sociales. De acuerdo con esta perspectiva, no se corresponde la diferenciación sexual en los niveles neurológico y anatómico, produciendo que haya una disociación entre lo cerebral, que pertenecería a un género, y lo físico, que se definiría en el género opuesto. De esta manera, aquella niña diagnosticada con este síndrome tendría cuerpo de "varón" pero neurológicamente

tendría un "cerebro femenino" y viceversa. Así, para Benjamin y sus seguidorxs, lxs afectadxs por este supuesto síndrome necesitan completar un tratamiento de hormonación y una cirugía de "cambio de sexo", dirigiéndose la tendencia en la actualidad a realizar diagnósticos cada vez más precoces, especialmente en la adolescencia, a pesar de que esta teoría no ha podido ser probada científicamente y de que han sido impugnadas sus bases ideológicas. A pesar de esto, se siguen utilizando y reafirmando estos diagnósticos y protocolos en muchos países del mundo que utilizan herramientas tan criticables como el Test de la Vida Real para sostener la "disforia de género" de las personas trans.

El psicólogo y médico neocelandés John Money emigró a Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial y se especializó en sexología. Muy cercano a Benjamin, se apartó de él ya que diferenciaba entre género, como construcción social, y sexo biológico, introduciendo en 1955 la noción de "rol de género" y posteriormente la de "identidad de género". En oposición al determinismo biológico, trasladó el concepto de género, de las ciencias del lenguaje hacia las de la salud, haciendo hincapié en que el comportamiento de varones y mujeres está regido por la educación. Lxs padres, madres, familiares y allegadxs son propuestos como modelos culturalmente diferenciados en términos binarios entre "varones" o "mujeres" y es a partir de su observación que lxs niñxs desarrollan su autoidentificación que, además, desde esta conceptualización también está influida por factores biológicos o genéticos. Rápidamente lxs niñxs aprenden a asociar estereotipadamente actividades, vestimentas, juguetes, objetos, colores, etc., con los distintos roles de género. En 1966 Money fundó la Clínica de Identidad de Género (Gender Identity Clinic) en la Universidad Johns Hopkins (Johns Hopkins University), la primera en su tipo y una de las perfeccionadoras de las técnicas para las cirugías de "reasignación de sexo", y creó el programa pionero: "psico-hormonal para el tratamiento de los ofensores sexuales y otras parafilias". Como Money afirmaba que el género se aprendía a una edad muy temprana, consideraba que las intervenciones de "reasignación de sexo" debían realizarse lo más pronto posible, alentando especialmente las operaciones en personas recién nacidas consideradas intersexuales –antiguamente y en clave teratológica llamadxs "hermafroditas"- para asignarles la identidad que se evaluara más pertinente y eliminar los rasgos genitales que son atribuidos al "sexo opuesto". Estas operaciones se realizan sin el consentimiento de lxs pacientes. Las terribles secuelas físicas y mentales que acarrearon estas cirugías fueron narradas por lxs propixs afectadxs al crecer, constituyéndose en la década de 1990 la Sociedad Intersexual de Norte América (Intersex Society of North America), unx colectivx en defensa de los derechos intersexuales que pugna por frenar las intervenciones de "reasignación de sexo" hasta el momento en que sea posible el consentimiento informado, evitando forzar su identidad de género en cualquier sentido. Uno de los casos por los que Money fue más cuestionado a nivel público mundial fue el de lxs hermanxs Reimer, que terminó en el suicidio de ambxs[5].

En 1968 el psiquiatra y psicoanalista norteamericano Robert Stoller retomó y profundizó la idea de identidad de género al señalar que esta noción designa la percepción psicológica interna de los roles de género de Money que se definen como la experiencia y expectativa social que se tiene sobre el género de las personas. Perfiló y diferenció, así, la identidad de género, tensionándola hacia lo psicológico, y el rol de género, hacia lo social.

Estos cuestionamientos fueron recuperados en la década de 1970 por las ciencias sociales. En 1972, Ann Oakley introdujo la noción de género en su trabajo *Sex, gender and society* (Sexo, género y sociedad), relacionando este concepto con las expectativas sociales y culturales, y usó "sexo" en relación con las determinaciones biológicas. Estas conceptualizaciones fueron apropiadas por la perspectiva feminista como instrumento válido para mostrar que la subordinación de la mujer en la cultura no responde a causas biológicas y/o naturales sino a una construcción cultural y, principalmente, política y social. En esta línea, la antropóloga y activista norteamericana Gayle Rubin definió en 1975 el sistema sexo-género para referir a las disposiciones por las que cada sociedad transforma y decodifica la sexualidad biológica en productos de la actividad humana. Así

[5] A los ocho meses de edad, a Bruce Reimer le destruyeron accidentalmente el pene por una circuncisión mal practicada. El psicólogo John Money sugirió a sus progrenitorxs que la solución sería construir quirúgicamente una vagina y empezar la educación de Bruce como una niña, Brenda. Money sostenía que de esta forma desarrollaría una "sexualidad plena" (asumiendo una heterosexualidad obligatoria) ya que no podría hacerlo como un "varón", argumentándose la falta de un pene como condición para ello. Para más información ver: http://nosolofreud.wordpress.com/2009/07/19/el-caso-de-david-reimer/. *(consultado el 07/05/2014)*

se devela el mecanismo por el que cada sociedad tiene un conjunto de disposiciones que regulan el sexo y la procreación a través de la asignación de diferentes roles y jerarquías a los distintos géneros, construyendo estereotipos y prescripciones para cada uno. A partir de estas teorizaciones se inicia el campo interdisciplinario denominado "estudios de género" que cuestiona y desnaturaliza las posiciones biológicas y biologicistas, exponiéndolas en su construcción histórica y social y en su efectividad política de opresión, justificada a partir de la atribución histórica binaria de funciones sexuales reproductivas jerarquizadas para cada género. En la década de 1980, la noción de género se comenzó a utilizar en diversas disciplinas sociales, revelándose como una categoría útil y constituyéndose en la ruptura epistemológica más importante de las ciencias sociales ya que permite exponer con precisión cómo las diferencias sostenidas desde los discursos biológicos se vuelven desigualdades económicas, sociales y políticas. Así esta noción se formula como una herramienta esencial para los movimientos feministas y LGTBQ, desarrollándose muchos trabajos e investigaciones en esta temática a nivel académico.

A pesar del rumbo que tomó el debate en las ciencias sociales, de haber cuestionado el paradigma médico-biológico y de haber participado en los movimientos de liberación sexual de la década de 1960, John Money acuñó en 1973 el concepto de "disforia de género" que sigue siendo utilizado por diferentes circuitos institucionales y mediáticos pese a su raíz patologizante. El término "disforia" aparece como opuesto a "euforia" refiriendo, así, al disgusto, al desajuste o al malestar que una persona tendría en relación con el "sexo" que le fuera asignado socialmente al nacer. Se renombra o reemplaza, de esta manera, el concepto de "transexualidad" que Harry Benjamin había instalado en 1953, a pesar de que fuera David O. Cauldwell el sexólogo que lo utilizó por primera vez en 1949. Poco después la psiquiatría empezó a promover la terminología de Money, lamentablemente vigente en muchos países y circuitos institucionales hasta la actualidad. Por ejemplo, en los debates legislativos y mediáticos que se llevaron a cabo antes, durante y después de la sanción de la Ley de Identidad de Género en Argentina, esta noción fue reflotada para diagnosticar lo trans aunque ya había sido largamente impugnada por diversos debates dados desde los activismos y diversas disciplinas académicas. El diagnóstico de "disforia de género" le exige a quien es receptorx del mismo asumirse como alguien que nació en un "cuerpo equivocado", estimulándose social y científicamente esta autopercepción ya que su cuerpo y sus gestos serán reiteradamente indagados, examinados, medicalizados, señalados, estigmatizados, corregidos e, incluso, burlados. A través de estos mecanismos, se obliga culturalmente a las personas trans a percibirse a través de un diagnóstico psiquiátrico, una narrativa de anomalía que nos estigmatiza de por vida, en lugar de exponer, denunciar y criticar las condiciones institucionales heterosexistas y patriarcales que todavía regulan las lecturas binarias de género y dictaminan, irreflexivamente, la atribución de lo femenino a cuerpos con vagina y de lo masculino a cuerpos con pene. Hoy en día es parte del sentido común la afirmación de que esta distribución descansa sobre la desigual atribución de roles, rasgos y usos del cuerpo que jerarquiza lo masculino sobre lo femenino a partir de sostener un autenticismo y un naturalismo, al menos, cuestionables. La conceptualización misma que declara que existen personas que viven en un "cuerpo equivocado" exhibe en la idea de error la norma cultural que se sigue y se silencia en su naturalización. ¿Desde qué perspectiva, sino, se puede sostener que un cuerpo está o es equivocado?

En general, las corrientes médicas que retoman esta perspectiva lo hacen, fundamentalmente, para abonar una "prevención de la transexualidad", esgrimiendo el argumento de que las desviaciones de los roles tradicionales son potencialmente peligrosas para lxs niñxs. En ese sentido, Benjamin advierte que las familias deberían desalentar la curiosidad de los niños varones por la indumentaria, prácticas, juegos y gestos, etc., asignados a lo femenino; y viceversa. El psiquiatra Richard Green, discípulo de Harry Benjamin, John Money y Robert Stoller, justificó esta posición llamando la atención acerca del "comportamiento afeminado durante la infancia" y el hecho de "jugar a la casita". Aceptando la teoría de Stoller que sostiene que una madre dominante es el principal agente que determina la socialización de lxs niñxs "transexuales", Green afirma que los objetivos de la terapia familiar son que el padre y la madre sean más o menos conscientes de la importancia de mantener las jerarquías de los géneros para evitar el estatus secundario del marido e impedir, así, cualquier "desequilibrio de roles" dentro del esquema patriarcal durante el desarrollo y moldeado de la personalidad de lx niñx. De forma similar, Lawrence Newman junto con Stoller afirma el éxito de efectuar un "complejo de Edipo inducido terapéuticamente" sobre

un "niño muy femenino". Esta técnica, que teatraliza y ratifica la desigualdad cultural de género, anima al niño a afirmar su identidad masculina golpeando primero a una muñeca y después expresando agresividad hacia su madre y/o su/s hermana/s.

A partir de estos debates y teorizaciones, en el mundo occidental posterior a la Segunda Guerra Mundial, y particularmente en Estados Unidos, lxs "adolescentes" comienzan a ser sometidxs a un exhaustivo escrutinio con una base preventivo-terapéutica. Así, la familia tradicional –como base del Estado nacional moderno que se erige sobre el monopolio legítimo de la violencia física atribuida a los varones para administrar la defensa pública- se vuelve el foco de las posibles "desviaciones sexuales": las madres fálicas y sobreprotectoras y los padres débiles, frustrados o ausentes amenazan este orden poniendo en jaque la construcción de la virilidad nacional, trayendo el riesgo de criar "homosexuales" o "transexuales" que renuncien libremente a su masculinidad. A partir de esta narrativa, la "desviación sexual" de lxs hijxs y, especialmente, de los varones, se convierte en un signo que devela y expone públicamente a una familia enferma. En este sentido, la preocupación se centró primero en el "niño mariquita" y con menor obviedad en la "niña marimacho". En 1987 –año que generalmente se señala como el inicio de las reformas económicas dictadas por el "Consenso de Washington"- el psiquiatra Richard Green introdujo en el ámbito académico la expresión "niño mariquita" a través del libro titulado *El síndrome del niño mariquita y el desarrollo de la homosexualidad*. Este texto publicaba los resultados de una investigación que hacía el seguimiento hasta la mayoría de edad de un gran número de "niños mariquitas" y concluía que había una significativa correlación entre "disconformidad" o "disforia de género" en la infancia y "homosexualidad" adulta. De esta forma, se consolidó científicamente la categoría de "disconformidad" o "disforia de género" a partir de la cual lxs niñxs y jóvenes "afeminadxs" o "machonxs" quedan sometidxs al estatuto de enfermxs, universalmente y más allá de sus biografías individuales. A partir de entonces la juventud –especialmente la llamada "adolescencia", pero sobre todo la masculinidad o el género masculino- se vuelve objeto de intervención científica y psico-médica. Como afirman Ricardo Llamas y Paco Vidarte en *La invención del niño mariquita*: "La 'sexualidad' adolescente no es tanto somatizada en sus actos cuanto socializada en la restablecida institución tradicional de la familia patriarcal. Si el 'problema de la masturbación' se va desvaneciendo paulatinamente del ámbito de las inquietudes de la sexología posbélica, los ademanes de los niños, sus actitudes y comportamiento social (así como las relaciones en el seno de la familia y el papel de los padres como posibles inductores de estos) pasan a ser mayores fuentes de ansiedad".

En 1973 la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association – APA) eliminó la homosexualidad de la segunda edición del Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales, conocido por sus siglas en inglés como DSM-II. Esta decisión se confirmó oficialmente en 1974 a través de una mayoría del 58% de sus miembros que sustituyeron el diagnóstico existente por uno más suave que aludía a "perturbaciones en la orientación sexual". En 1975 la Asociación Estadounidense de Psicología (American Psychological Association) instó a lxs profesionales de la salud mental a renunciar a sus prejuicios con respecto a las identidades y/o expresiones de géneros y las orientaciones y/o prácticas sexuales. Actualmente muchas organizaciones médicas, psiquiátricas y psicológicas a nivel mundial han acatado esta nueva perspectiva y han despatologizado la "homosexualidad". Complementariamente, diversas organizaciones profesionales consideran como procedimientos no éticos los intentos de modificación de esta "orientación sexual".

Estas trasformaciones estuvieron relacionadas con la reactivación de los movimientos LGTBQ (Lésbicos, Gays, Trans, Bisexuales y Queer) a finales de la década de 1960 que, tomando estudios empíricos como los de Alfred Kinsey y Evelyn Hooker, mostraban que la psiquiatría había aceptado sin pruebas científicas una conexión necesaria entre "homosexualidad" y enfermedad o trastorno mental. De esta manera, en vez de preguntarse por el sufrimiento que producía la persecución y discriminación a la que somos sometidxs por nuestro entorno cultural, intentando o bregando por su transformación, la psiquiatría volvía inherente ese malestar a la "orientación sexual". La "orientación sexual" no es en absoluto marcadora de enfermedad mental pero, sin embargo, las personas sometidas a discriminación y estigmatización permanente pueden llegar a desarrollar diversas afecciones relacionadas con estos procesos de vejación, como le ocurriría a cualquierx otrx ser humanx avasalladx por estas condiciones incesantes de violencia y desvalor que, generalmente, empiezan siendo desarrolladas en el interior de

las propias familias, a diferencia de lo que ocurre con cualquier otro colectivo discriminado.

A pesar de estos avances, la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en 1990 excluyó la homosexualidad de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud* (CIE)[6], incluyó en 1977 en el CIE-9 la "transexualidad" ("transexualism") y "desórdenes de identidad de género en adolescentes o adultos ("Gender identity disorder of adolescent or adult life") dentro de las enfermedades mentales. A través de la CIE-10 define tres trastornos diferentes: trastorno de la identidad sexual de la infancia, travestismo de rol doble y transexualismo[7]. Por su parte en 1980, aparecen en el DSM-III de la APA las categorías de "transexualidad" ("Transsexualism"), "Desorden de identidad de género en la infancia" ("Gender Identity Disorder of Childhood") y "Desorden atípico de la identidad de género" ("Atypical Gender Identity Disorder"); en su edición de 1987, el DSM-III-R consigna las de "transexualidad" ("Transsexualism"), "Desorden en identidad de género en adolescentes y adultos, de tipo no transexual" ("Gender Identity Disorder of Adolescence and Adulthood, Nontranssexual Type"), "Desorden de la identidad de género en la infancia" ("Gender Identity Disorder of Childhood") y "Desorden NOS de identidad de género" ("Gender Identity Disorder NOS"). En el DSM-IV y DSM-IV-TR estas posibilidades se recogen en la misma categoría que se subsume en el diagnóstico de "desorden de la identidad sexual" ("Gender Identity Disorder") y en el texto explicativo aparece la noción de "disforia de género" ("Gender Dysphoria"). En el DSM-V se adopta el concepto de "género" ("Gender").

Así, en medio y a pesar de estos debates, en 1979 se fundó la Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association - HBIGDA), actualmente conocida como la Asociación Profesional Mundial de la Salud Transgénero (World Professional Association of Transgender Health - WPATH), que estableció un protocolo oficial para los tratamientos de "reasignación de género" denominado *Estándares de cuidado para los desórdenes de la identidad de género* (Standards of Care for Gender Identity Disorders - SOC). Este protocolo tomó como referencia las pautas de identificación y diagnóstico de Benjamin y detalló cómo debe ser el tratamiento psiquiátrico, endocrinológico y quirúrgico para las personas trans. La inclusión de la "transexualidad" como enfermedad mental hace que se obligue a las personas trans a una evaluación psiquiátrica para acceder al tratamiento hormonal y/o quirúrgico, volviéndose para muchos países esta "adecuación completa" un requisito necesario para acceder a la rectificación del nombre y del "sexo" en los documentos oficiales. La última versión del SOC establece que hay que hacer un seguimiento a largo plazo de la persona trans para "verificar" el diagnóstico de "disforia de género" y evitar su confusión con otras patologías psiquiátricas. A partir de la década de 1970 hasta la actualidad, varios países, especialmente los europeos y Estados Unidos, tomaron el SOC para establecer distintos protocolos médicos en los departamentos de psiquiatría de hospitales públicos, sometiendo a las personas trans a evaluaciones psiquiátricas, diagnósticos médicos, tratamientos hormonales y a sufrir todo tipo de patologización con respecto a su identidad. En relación con estos protocolos médicos, es importante empezar por señalar la contradicción en la que incurren, ya que estos generalmente suponen que la salud de las personas trans puede y debe lograrse, principalmente, a través de la intervención, tanto hormonal como quirúrgica, de sus cuerpos. Esto expone claramente cómo estos protocolos se ajustan, sostienen y naturalizan una cultura binaria de género en clave heterosexista que nunca pone en duda los valores sociales y culturales dominantes e invisibiliza, así, otros modos de transitar y construir las expresiones, las identidades y los cuerpos.

En Argentina, ni en la Constitución Nacional ni en el Código Penal se establece la penalización de orientaciones y/o prácticas sexuales y expresiones y/o identidades de género no hegemónicas ya que, siguiendo el Código Penal napoléonico, entiende que son actos privados mientras no lesionen a terceros. A pesar de eso, a lo largo del territorio argentino hasta principios del siglo XXI tuvieron vigencia un conjunto de herramientas y normativas legales, como los edictos policiales y los Códigos de Faltas de diversas ciudades y provincias, usados especialmente para criminalizar

[6] Se excluyó en 1990 la categoría ´homosexualidad´; sin embargo se mantiene la categoría de 'homosexualidad egodistónica' en la CIE-9 y en la CIE-10 'orientación sexual egodistónica'.
[7] Aparte de estos tres, la CIE-10 nombra "Otros desórdenes de la identidad de género" ("Other Gender Identity Disorders") y "Desórdenes de identidad de género inespecíficos" ("Gender Identity Disorder, unspecified"). Véase: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F60-F69. *(consultado el 07/05/2014)*

a las personas que tuvieran orientaciones y/o prácticas sexuales y expresiones y/o identidades de género no normativas. Con la derogación de los edictos policiales a mediados de la década de 1990, se fortalecieron y cobraron importancia los Códigos de Faltas en las provincias, que siguieron sosteniendo cláusulas discriminatorias como aquellas en contra de la utilización de ropas asignadas tradicionalmente al género opuesto al atribuido socialmente al nacer, y se creó el Código Contravencional de la Ciudad de Buenos Aires que terminó penando desde la venta ambulante hasta la prostitución o el trabajo sexual, a pesar de que en esa materia la República Argentina es garantista, por lo que no pune a la persona en situación de prostitución sino a quien la explote como proxeneta. Esto produjo la resistencia tanto de los organismos de derechos humanos, de las asociaciones de la sociedad civil como de los movimientos LGTBQ, que habían trabajado por la derogación de los edictos policiales. Los movimientos LGTBQ en Argentina, si bien tienen una primera aparición en la década de 1970, volvieron a activarse después de la restitución democrática en 1984, centrando los reclamos en la visibilización de la "identidad homosexual" y en la exigencia a los organismos estatales de una agenda de lucha contra el VIH-SIDA, que generalmente subsumía a toda la población LGTBQ a la prerrogativa de los "varones" gays. A finales de la década del 90, se consolidaron las primeras organizaciones específicamente trans en relación con la lucha por la derogación del Código Contravencional de la ciudad de Buenos Aires, especialmente de los artículos que terminaban penando, más o menos explícitamente, la prostitución callejera. El activismo trans fue cobrando autonomía, fuerza e identidad en estas luchas políticas y sociales, volviéndose fundamental en la lucha que permitió la obtención de los derechos que actualmente gozamos en nuestro país, como la ley que permitió el cambio del Código Civil para que puedan casarse personas de cualquier género y, especialmente, la Ley de Identidad de Género, que es la primera en el mundo en proponer y sostener la despatologización de las identidades y/o expresiones trans.

Actualmente, tanto en Argentina como en otros lugares del mundo, diversos movimientos activistas estamos reclamando que se nos identifique a través de la palabra trans. Este término no debe pensarse como sinónimo de "transexual", expresión que proviene de la medicina, sino que se propone para sacar esta identidad del campo y del discurso médico-psiquiátrico y permitir el cambio en el modo en que se comprende y aborda esta experiencia. En este sentido, trans nombra a todas aquellas personas que viven en un género diferente al "sexo" asignado al nacer o eligen el tránsito, negándose a habitar un solo género, independientemente de que se hayan producido intervenciones corporales. De esta manera podemos encontrar trans masculinos, aquellos que tienen asignado al nacer un "sexo femenino" pero se construyen en el género masculino; trans femeninas, que tienen asignado al nacer un "sexo masculino" pero se construyen en un género femenino; y aquellxs personas que son simplemente trans, ya que no se encasillan en las identificaciones fijas y, en cambio, sostienen su identidad como exploración y tránsito entre ambos géneros y otros alternativos al binarismo de género. Las personas que se identifican como trans siempre deben ser nombradas en el género elegido, ya sea en pronombres, adjetivos, artículos, etc. Así una trans femenina debe ser nombrada a través del género femenino (ella, la, etc.) y un trans masculino a través del género masculino (él, el, etc.). Por otra parte, hay que recordar que la identidad de género es independiente de la asignación de una "orientación sexual" y/o de las prácticas sexuales, encontrando en la comunidad trans personas heterosexuales, gays, lesbianas, bisexuales, pansexuales, queer, entre otras, teniendo como referencia el género de elección, si lo hubiera, entre otras formas posibles de nombrar sus elecciones y/o prácticas sexuales.

Desde el año 2009, se viene desarrollando la Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (STP) que convoca a tomar un día de octubre como Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans para llevar a cabo manifestaciones simultáneas y otras actividades en diversas ciudades del mundo. Los objetivos principales de esta campaña son que se retire el diagnóstico de "disforia de género" o "trastornos de la identidad de género" de los catálogos diagnósticos que todavía lo sostienen, como la *Clasificación internacional estadística de enfermedades y otros problemas de salud* (CIE) de la OMS y el *Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales* (DSM) de la APA, y continuar la lucha por los derechos a la salud de las personas trans. Se propone, entonces, la inclusión de una mención no patologizante en la CIE-11. La revisión de estos catálogos diagnósticos es fundamental ya que a partir de estos manuales, especialmente del CIE que pertenece a la OMS, los Estados de muchos países crean y adaptan los protocolos para el tratamiento y cuidado de las personas trans en el sistema médico local. La visión actual que patologiza a las

personas trans tiene como característica fundamental el tomarlas como enfermas, argumentando que sufren algún desorden psiquiátrico. De esta manera se sostiene y promueve una suerte de "paternalismo tutelar" de parte de las instituciones de salud que puede verse en la aplicación obligatoria de un proceso de evaluación médico-psiquiátrico para determinar si la persona está enferma y, en ese caso, considerar si puede o no recibir tratamiento hormonal y/o quirúrgico y el cambio registral en los documentos. Se desoye y desautoriza, así, a las propias personas trans en sus propias narrativas, deseos y derechos, especialmente a ser escuchadxs. Según la información provista por STP, el DSM-V, presentado el 22 de mayo de 2013 en San Francisco, Estados Unidos, sigue clasificando los procesos de tránsito en el género bajo las categorías de "Gender Dysphoria" ("disforia de género") y "Travestic Disorder" ("trastorno trasvestista"). Así se puede constatar cómo aún se sigue tratando la diversidad de género como un trastorno mental.

Con la Ley de Identidad de Género el Estado argentino se constituyó en 2012 en el primero a nivel mundial en escuchar nuestras voces y reclamos. De esta manera, nos obliga a pasar del paradigma médico-psiquiátrico al de derechos humanos. El desafío institucional es adecuar o eliminar los protocolos existentes con respecto a las especificaciones del nuevo horizonte legal, más allá de nuestros prejuicios, creencias y prácticas, para permitir a lxs profesionales de la salud acompañar los procesos de personas trans sin imponer sus expectativas o normas morales, siendo capaces de escucharnos en nuestros deseos personalísimos y de informarnos adecuadamente. El desafío humano es transformarnos a nosotrxs mismxs en nuestras valoraciones para construir una cultura que nos permita a cada unx la búsqueda, exploración, construcción y disfrute de la propia identidad, expresión, género y sexualidad, saliendo finalmente de los prejuicios religiosos y científicos, y cambiando definitivamente los patrones corporales estereotipados de referencia de cada sociedad para devolver, así, a todxs el derecho al disfrute y a la valoración de su propio cuerpo, identidad y expresión en su singularidad.

CRONOLOGÍA DE LAS LEGISLACIONES QUE RECONOCEN DERECHOS PARA LAS PERSONAS TRANS EN EL MUNDO

Si bien Argentina aprobó la mejor Ley de Identidad de Género del mundo, para lograr este proyecto las organizaciones trans y LGTBQ investigaron y tuvieron en cuenta los avances legislativos de otros países que precedieron a la legislación argentina.

Suecia fue pionera en el derecho a la identidad de género. El 1 de julio de 1972 se aprobó el primer proyecto que permitió el cambio de nombre y sexo en los documentos y la partida de nacimiento, exigiendo la cirugía de "reasignación de sexo" como requisito. Con esta ley se garantizó este reconocimiento para toda persona que obtenga la ciudadanía de ese país. A partir de esta legislación activismos de diversos países empezaron a trabajar para que se sancionen distintas normativas legales en ese sentido, reglamentándose entre otras:

- Ley sobre el Cambio del Nombre y la Determinación de la Filiación Sexual en Casos Especiales, aprobada en Alemania en septiembre de 1980.
- Ley de Cambio de Nombre, aprobada en Italia en abril de 1982.
- Ley de Asignación de Género, aprobada en Holanda en abril de 1985.
- Ley de Rectificación de Identidad Sexual, aprobada en Australia en mayo de 1988.
- Ley de Corrección de Identidad de Género, aprobada en Turquía en mayo de 1988.
- Ley de Identidad de Género, aprobada en Australia en julio de 1993.
- Ley de Registro de Identidad tras Asignación de Género, aprobada en Nueva Zelanda en 1995.
- Ley de Confirmación de Género, aprobada en Finlandia en 2002.
- Ley de Cambio de Sexo y Nombre en los Registros Públicos, aprobada en Sudáfrica en julio de 2003.
- Ley de Identidad de Género, aprobada en el Reino Unido en abril 2005.
- Ley Reguladora de la Rectificación Registral de la Mención Relativa al Sexo de las Personas, aprobada en España en marzo 2007.
- Ley de Identidad de Género, aprobada en Bélgica en 2007.
- Ley de Identidad de Género, aprobada en México DF en 2008.
- Ley de Identidad de Género, aprobada en Uruguay en octubre de 2009.

- Ley que Regula el Procedimiento para el Cambio de Sexo y Nombre en el Registro Civil y Modifica el Código del Registro Civil, aprobada en Portugal en febrero 2011.
- A partir del 1 de noviembre de 2013, una normativa en Alemania establece que en caso de no poder determinarse el género de lx recién nacidx se puede dejar la casilla de "sexo" en blanco. Esta ley ha sido recibida de forma muy crítica por el movimiento intersex[8].

LEY DE IDENTIDAD DE GÉNERO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

¿Por qué sostenemos que la ley argentina es la mejor del mundo? Como veíamos en parágrafos anteriores, el movimiento trans mundial está reclamando desde hace años por dos cuestiones fundamentales: por un lado, el reconocimiento de la identidad de género de cada persona y, por el otro, la despatologización de las identidades trans. La Ley de Identidad de Género, aprobada en 2012 en la República Argentina, toma estos reclamos y escucha las voces de nuestro colectivo, por lo que reconoce y garantiza el derecho a las identidades de género sin patologizarlas ni judicializarlas. En este sentido, no establece como más legítima o escuchable una decisión u opinión externa –ya sea médica, psiquiátrica o psicológica- a los deseos expresados por cada persona sobre su identidad y/o expresión, eliminando así los protocolos que obligan a las personas trans a acudir a oficinas de evaluación. Garantiza, de esta manera, el derecho personalísimo de cada ciudadanx a ser escuchadx y a ser tratadx como cada unx es a través de una simple declaración jurada que debe realizarse en el Registro Civil con el único requisito de ser mayor de 18 años. A partir de la misma, comienza el proceso administrativo que autoriza a cambiar el nombre y el sexo en la partida de nacimiento y, posteriormente, en el DNI y en toda aquella documentación que contenga el nombre que se desea modificar. En su artículo 12 esta ley establece, también, el "Trato digno" que obliga a "respetar la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados (…) En aquellas circunstancias en que la persona deba ser nombrada en público deberá utilizarse únicamente el nombre de pila de elección que respete la identidad de género adoptada". Así esta normativa obliga a todxs lxs ciudadanxs y a las instituciones públicas y privadas a reconocer, tratar y nombrar a las personas con el nombre de elección y en el género en que cada unx se autopercibe inmediatamente después de ser simplemente expresado, más allá de que se tramite el cambio de documentación o de que el cambio registral esté iniciado pero no finalizado. Además garantiza los tratamientos hormonales y quirúrgicos de "reasignación sexual" exclusivamente en el caso de que lxs interesadxs lo requieran, sin condicionar la libre construcción del propio cuerpo como ocurre en otros países que tienen como requisito obligatorio estos protocolos de intervención médica para la rectificación de los documentos. En el caso de niñxs y jóvenes de hasta 18 años, el artículo 5 establece que la solicitud de trámite debe ser realizada por sus representantes legales y con la expresa conformidad de lxs interesadxs, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior de lxs niñxs, según lo estipula la Convención sobre los Derechos del Niño y la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Lxs niñxs o jóvenes de hasta 18 años, en relación con esta última legislación, deberán contar con la asistencia de un "abogado del niñx". Si por cualquier causa algunx de sus representantes legales niega su consentimiento, se podrá recurrir a la vía sumarísima para que lxs magistradxs correspondientes resuelvan, teniendo en cuenta el marco jurídico mencionado.

En 2013 se otorgó el cambio de DNI y partida de nacimiento a una niña que fue acompañada por su madre en dicho proceso. Esto sienta las bases del cambio de paradigma que estamos viviendo, siendo una cuestión fundamental para que lxs niñxs trans puedan vivir sus tránsitos con el acompañamiento de lxs adultxs pero sin patologizarlxs ni criminalizarlxs.

La Ley de Identidad de Género, tal como fue aprobada y promulgada, surge a partir de la integración de varios proyectos que habían sido ya presentados: uno del Partido Socialista (PS) y la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FALGBT), dos de la FALGBT y la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgenerxs de Argentina (ATTTA) y un cuarto del Frente Nacional por la

[8] http://www.intersexualite.de/index.php/pm-mogelpackung-fur-inter-offener-geschlechtseintrag-keine-option/ http://www.tgeu.org/An_Option_that_is_no_option_Germanys_new_intersex_law. *(consultado el 07/05/2014)*

Ley de Identidad. Los cuatro proyectos tenían como meta el reconocimiento de las identidades trans y el acceso a la salud integral. La redacción de estos proyectos se realizó en base a la recopilación y análisis de las leyes que, sobre esta materia, se habían aprobado en otros países, así como también de los debates políticos y culturales y los cuestionamientos sociales que se plantearon en relación con este tema. Por ejemplo, la ley del Reino Unido de 2005 permite la rectificación de los documentos y de la partida de nacimiento pero el reconocimiento del nombre y del sexo se realiza a través de una oficina que procesa estas solicitudes y pide la presentación de pruebas como testigos y pericias psiquiátricas, considerándose como evidencia importante para su aprobación que lxs solicitantes hayan llevado a cabo la cirugía de "reasignación de sexo"; en este sentido se avanza en el reconocimiento de la identidad pero se la patologiza. En la misma perspectiva se formuló la legislación española, aprobada en 2007, que creó una dependencia para la evaluación de las solicitudes de cambio registral; este organismo aunque no impone como obligación ni la operación ni los tratamientos hormonales, sigue solicitando la evaluación psicológica o psiquiátrica que certifique "disforia de genero", obligando así a las personas trans a asumir un diagnóstico psiquiátrico. Recién a partir de la Ley de Identidad de Género de México DF, que data de 2008, empieza a aparecer y a figurar en la letra de las normas jurídicas la voluntad personal de autovivencia del género de cada persona, por lo que no se solicita como requisito ninguna modificación corporal. En ese sentido, esta normativa lleva adelante un gran avance en materia de derechos humanos, pero está limitada sólo a aquellas personas que vivan en esa ciudad ya que no tiene alcance nacional. Por su parte, la ley aprobada en la República Oriental del Uruguay, gracias al trabajo conjunto de organizaciones uruguayas y argentinas, garantiza y reconoce la identidad y los tratamientos médicos en el sistema público y privado de salud, pero sostiene una oficina como organismo intermedio para el reconocimiento de la identidad de la persona que lo solicite. La ley argentina, al garantizar el cambio registral y el acceso al sistema de salud sin interponer dependencias de evaluación ni diagnósticos médicos y/o psiquiátricos y/o psicológicos, verdaderamente logra respetar no sólo el derecho a la identidad sino también la autonomía de las personas.

LA LEY DE IDENTIDAD DE GÉNERO ARGENTINA Y EL ACCESO A LA SALUD

Previamente a la aprobación de la Ley de Identidad de Género y gracias a la lucha de organizaciones LGTBQ y de derechos humanos, el sistema de salud fue avanzando en Argentina a partir de adoptar algunas medidas positivas para que las personas trans, el colectivo más vulnerado entre las personas LGTBQ, pueda empezar a atenderse y a mejorar su calidad de vida. Para la comunidad trans acudir al sistema de salud implicó siempre un desafío ya que el discurso médico-psiquiátrico, como analizamos previamente, tiende a patologizarnos de hecho porque en la mayoría de los casos está basado en una clara vertiente biologicista que naturaliza fuertemente una matriz heteronormativa y patriarcal. En ese sentido y más allá de las cuestiones económicas, ser llamadxs pública y reiteradamente por el nombre asignado al nacer, y no por el de elección, y tener que internarse en los pabellones del género opuesto al autopercibido, sin importar los maltratos que en muchos casos llegaron a violaciones, son dos ejemplos de las muchas humillaciones y hechos de violencia que cotidianamente alejan a las personas trans del sistema de salud. La adopción paulatina de ciertas medidas positivas fue permitiendo un cambio a través de la información para lxs profesionales de la salud que esperamos pueda profundizarse. Entre ellas se puede mencionar el fallo del 21 de noviembre de 2006 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en relación con el expediente "Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transexual c/Inspección General de Justicia" que, después de años de reclamos, autorizó la personería jurídica de ALITT (Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual); la Resolución Ministerial de la Provincia de Buenos Aires 2359/07 que garantiza que las personas trans que se atiendan en el sistema de salud de esa provincia sean respetadas y reconocidas públicamente por el nombre de elección, esta resolución fue tomada por el Senador Provincial Daniel Exposito y transformada en el Proyecto de Ley E-128/08-09 para el respeto de la identidad en el sistema de salud provincial; el fallo de la jueza en lo contencioso administrativo de la ciudad de Buenos Aires, Elena Liberatori, a favor del cambio registral de Florencia Trinidad (públicamente conocida como Florencia de la V) y el fallo del 29 de diciembre de 2011 por el que se permitió el cambio de documento de Blas R. a través de una sentencia fundada en la Constitución Nacional, el Pacto de San José de Costa Rica y los Principios de Yogyakarta, entre otras legislaciones nacionales e internacionales de Derechos Humanos, que destaca que nadie está obligado a someterse a ningún

procedimiento médico para obtener el reconocimiento legal de su identidad de género, entre varios expedientes similares que fueron resueltos por la vía judicial a partir de los cuales la justicia argentina sentó precedente al garantizar el derecho personalísimo de lxs ciudadanxs a adoptar la identidad de género autopercibida; la Resolución 2359/07 del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba que, tomando la mencionada normativa de la provincia de Buenos Aires, la supera al permitir la inscripción en la historia clínica del nombre de elección de lxs pacientes con una nota que lo acredite a pedido de quien lo solicite.

Estas resoluciones vienen trazando un rumbo en el sistema de salud de nuestro país. En ese sentido, la Ley de Identidad de Género aprobada por el Congreso argentino establece, en su Artículo 3, que "Toda persona podrá solicitar la rectificación registral del sexo, y el cambio de prenombre e imagen, cuando no coincidan con su identidad de género autopercibida". Y en su Artículo 11 garantiza el "Derecho al libre desarrollo personal", estableciendo que "Todas las personas mayores de 18 años de edad podrán, conforme al artículo 1° de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Para el acceso a los tratamientos integrales hormonales, no será necesario acreditar la voluntad en la intervención quirúrgica de reasignación genital total o parcial. En ambos casos se requerirá, únicamente, el consentimiento informado de la persona. En el caso de las personas menores de edad regirán los principios establecidos en el artículo 5° [desarrollado en el apartado anterior] para la obtención del consentimiento. Los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce. Todas las prestaciones de salud contempladas en el presente artículo quedan incluidas en el Plan Médico Obligatorio, o el que lo reemplace, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación". También establece la derogación del Artículo 19, Inciso 4, de la Ley 17.132 del Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina que prohibía y penaba la "mutilación de genitales" como protocolo médico.

CAPÍTULO 02

BUENAS PRÁCTICAS E INFORMACIÓN

Tomando como principio fundamental la Ley de Identidad de Género y Atención Integral para las Personas Trans en los Sistemas de Salud, recientemente aprobada, les proponemos una serie de recomendaciones para empezar a reflexionar y a transformar la atención de las personas trans en el sistema de salud, entendiendo por "sistema de salud" a hospitales nacionales, provinciales, municipales, salas de primeros auxilios, clínicas y consultorios privados y todo aquel ámbito donde se ejerzan prácticas que tengan incidencia en la salud:

1 El sistema de salud debe informar y capacitar a las personas que trabajan en las diversas instituciones que lo constituyen sobre la Ley de Identidad de Género y sus alcances, educando especialmente para evitar la discriminación. Las organizaciones de la sociedad civil que trabajamos por los derechos LGTBQ nos ofrecemos para articular y generar talleres y espacios de sensibilización y concientización que apunten a lograr buenas prácticas antidiscriminatorias. Una de las primeras cosas que debe tenerse en cuenta en esta línea es nombrar a las personas por el nombre y en el género de elección, incluso antes de que se haya tramitado –si se deseara- el cambio en el Documento Nacional de Identidad (DNI). En ese sentido, es importante llamar a lxs pacientes por el apellido, para evitar confusiones y exposiciones humillantes en las salas de espera. También es importante dejar de dar por sentado que todxs lxs pacientes son heterosexuales y habitan el género asignado al nacer y que sus familiares también lo son, especialmente para no incomodar o afectar a niñxs y jóvenes. En este sentido, es importante volver a pensar los cuestionarios, protocolos y fichas a partir de las cuales se recauda información de lxs pacientes y desnaturalizar sus preguntas para volverlas más efectivas y ajustadas a cada caso. Esto permitirá no sólo un trato mucho más digno sino un diagnóstico más acertado. Recordemos como ejemplo que en nuestro país muchos hospitales y clínicas siguen discriminando y estigmatizando como "grupo de riesgo" a "hombres que tengan sexo con hombres" a la hora de donar sangre[9].

2 Generar ámbitos de capacitación sobre tratamientos hormonales y "cirugías de reasignación genital" para los servicios médicos. Para estos encuentros es importante consultar y contactar con lxs profesionales que ya vienen trabajando e investigando sobre la temática, tanto del exterior como equipos interdisciplinarios argentinos, pero fundamentalmente con organizaciones sociales trans que se sostienen en la línea que habilita la ley. Este punto es de vital importancia ya que hay que entender y tener en cuenta que los tratamientos son personales e individuales. Esto implica, por un lado, que en cada caso pueden variar las dosis, los efectos y las reacciones debido a que cada organismo es único y, por el otro, que no todas las personas buscan los mismos resultados. En ese sentido, es fundamental que lxs profesionales de la salud entiendan que lo que garantiza esta norma es el derecho a la construcción personal tanto del género como del cuerpo y, así, su intervención debe acompañar pero no determinar los deseos personalísimos de lxs pacientes. Esto hay que tenerlo en cuenta, también y muy especialmente, en el caso de niñxs y jóvenes menores de dieciocho años ya que en el nuevo marco legal, que tiene sus fundamentos en normas como el programa de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, se obliga a lxs adultxs a una escucha atenta de los deseos personalísimos de lxs más jóvenes, sin mediación o interpretación de sus deseos sino patrocinándolos como fueren expresados.

3 Generar ámbitos y talleres de capacitación con carácter de urgente en los diversos niveles de estudio y, especialmente, en las distintas universidades e instituciones de formación, ya que se siguen enseñando, importando y difundiendo teorizaciones y protocolos que continúan patologizando tanto al colectivo trans como a la comunidad LGTBQI en general. Desde esta perspectiva, se vuelve esencial que se revisen las diversas currículas de las materias y se retiren dichos contenidos o se explique por qué en nuestro país los mismos,

[9] http://www.hospitalitaliano.org.ar/hemoterapia/index.php?contenido=ver_curso.php&id_curso=10967

después de la sanción de la Ley de Identidad de Género, no son meramente incorrectos u obsoletos sino directamente ilegales. En este sentido, sería fundamental facilitar becas de investigación y otros modos de financiamiento gubernamental para producir esta evaluación y transformación curricular e institucional, especialmente en las facultades de psicología y medicina, incidiendo de modo más permanente en la enseñanza de grado. Por su parte, los colegios o consejos profesionales (de aquellas profesiones ligadas a la salud) deben involucrarse y comprometerse como actores claves para garantizar el derecho a la salud de las personas trans. No sólo podrán detectar y sancionar prácticas que vulneren derechos y sean contrarias a la ética profesional sino que deben tener un rol activo en la promoción de marcos regulatorios que atiendan especialmente el bienestar y la salud de las personas trans. Una acción concreta en esta dirección sería impulsar la revisión de sus códigos de ética para evaluar omisiones que necesiten subsanarse.

4

Fomentar becas de investigación específicas y/o diversos modos de financiamiento estatal para focalizar los múltiples aspectos desde los que se puede trabajar la temática trans en las diversas disciplinas y lograr generar e incrementar, así, un acervo de conocimientos que se aparte de los cánones patologizantes y que hasta ahora ha sido vedado y/o invisibilizado. En este sentido, cabe recordar, por ejemplo, la nula investigación que hay sobre los efectos de la hormonación a largo plazo, la falta de capacitación médica para llevar a cabo intervenciones quirúrgicas genitales y protocolos de hormonación después de años de prohibición sobre esta materia o la casi absoluta ausencia de estadísticas y de información pública que hay en general sobre nuestra comunidad, lo que impide por su parte el desarrollo y planificación de políticas públicas adecuadas para nuestro colectivo. La financiación permitirá multiplicar los equipos especializados e interdisciplinarios y formar nuevxs profesionales orientadxs en la temática, además de permitir, en la medida en la que se vaya profundizando en las investigaciones, mejorar desde los insumos hasta los protocolos de cirugía y hormonación, entre otras necesidades del colectivo.

5

Es importante que tanto los ministerios públicos como las instituciones de salud empiecen a recoger datos sobre la salud de las personas trans para poder diseñar y mejorar las políticas públicas existentes. En ese sentido, es fundamental que el Estado ofrezca los recursos y financiamiento para que se pueda efectivizar la transformación institucional.

6

Capacitarse para comunicar adecuadamente los efectos secundarios que pueden tener los tratamientos hormonales y las cirugías. Desde diversas organizaciones hemos constatado que muchas veces las personas trans no están correctamente informadas sobre los procedimientos médicos que se les realizan ni sobre sus posibles consecuencias. La Ley de Identidad de Género establece la necesidad de que el consentimiento sea informado. Para cumplir este requisito, el compromiso del sistema de salud se vuelve de vital importancia.

7

Crear espacios dentro del sistema de salud para generar buenas prácticas en relación con las personas trans que están internadas. No aconsejamos designar salas especiales sino, por el contrario, integrar a las personas trans con lxs demás pacientes sin permitir ni fomentar tratos discriminatorios. En este sentido es importante tener presente que si la institución sostiene una división de los pabellones o salas de internación por género, las personas trans deben siempre ser internadas en los que corresponda a su género autopercibido. Entre otros motivos, para evitar los abusos sexuales y violaciones que vienen siendo históricamente denunciados por nuestro colectivo y el recurrente "abandono de persona" que se práctica en diversas unidades hospitalarias en relación con lxs pacientes trans con VIH o enfermedades crónicas que, en muchos casos, dejan de recibir una atención adecuada al ser apartadas y abandonadas sin asistencia. Las organizaciones LGTBQ nos proponemos para trabajar conjuntamente con las instituciones para generar talleres y espacios de reflexión y concientización que permitan mejorar las prácticas en un sentido verdaderamente antidiscriminatorio.

8

Para evitar la discriminación por parte de otrxs pacientes, familiares y/o acompañantes, recomendamos llevar adelante una charla previa, con el consentimiento informado de la persona trans, para avisar que se compartirá la habitación y ofrecer la información necesaria para lograr que se derriben los prejuicios, si los hubiera, o para dejar en claro que la institución por ley no permitirá ningún tipo de discriminación o maltrato.

9

Al igual que todxs, las personas trans tienen hijxs, amigxs y familiares que muchas veces prefieren no llevar al turno médico para no enfrentarse a una posible escena de discriminación. Actualmente, lxs hijxs de las personas trans están reconocidos ante la ley y lxs profesionales médicxs tienen que estar preparadxs para tener un trato adecuado con las familias que así se conformen. Los roles maternos y paternos pueden ser desarrollados de acuerdo con el género de elección. En este sentido, la concepción podrá realizarse, si así fuera elegida, a través del propio cuerpo. De esta manera, una masculinidad trans puede quedar embarazado y una feminidad trans puede usar su esperma para ser madre. Desde esta perspectiva es importante recordar e insistir en que las masculinidades trans deberán ser nombrados en género masculino como padre y las feminidades trans en género femenino como madre.

10

Es muy recomendable que se fomente un contacto muy estrecho con lxs pacientes trans, especialmente aquellxs que decidieron realizar tratamientos hormonales o cirugías, ya que de surgir cualquier inconveniente no previsto no suele traer buenos resultados acudir a cualquier guardia o consultorio privado ya que no todxs lxs profesionales tienen un conocimiento adecuado y/o actualizado o una buena predisposición para tratar las cuestiones específicas de la salud trans. En ese sentido, una muy buena práctica es entregarle a lxs pacientes trans el mail o algún teléfono para realizar un contacto rápido si fuera necesario.

11

Otra muy buena práctica para lxs profesionales que acompañen a personas trans que hayan decidido realizarse tratamientos de hormonación y/o quirúrgicos es tener información actualizada para asesorarlas no sólo sobre estas terapias sino también sobre las técnicas y métodos actualmente disponibles para la concepción de hijxs, especialmente para aquellxs que quieran efectuarse tratamientos de hormonación o cirugías (algunas de ellas se esbozan en el Capítulo V) y personas con VIH.

12

En el caso de las feminidades trans, lxs efectores de salud deben tener un seguimiento específico, particularmente en los casos en quienes se hayan inyectado siliconas, aceites industriales o algún otro tipo de sustancia. Esto es de suma importancia ya que pueden producirse infecciones, úlceras y todo tipo de complicaciones que deterioran la calidad de vida de lxs pacientes. También es necesario un seguimiento adecuado en caso de tener VIH ya que es fundamental, por ejemplo, realizar estudios que permitan constatar el estado de salud de estxs pacientes de manera que, si decidieran iniciar un tratamiento hormonal, esté constatado que no será físicamente contraproducente en relación con el tratamiento retroviral. Por otra parte, es fundamental concientizar a la población sobre la importancia de realizarse anualmente análisis para constatar el estado de salud y, también, de hacerse periódicamente estudios para detectar infecciones de transmisión genital.

13

Es fundamental que lxs trabajadorxs de la salud recuerden que muchos estudios y análisis de laboratorio tradicionalmente suelen diferenciar entre varones y mujeres, por lo que hay que tener presente que a la hora de interpretar un estudio lo que hay que tomar en cuenta es el sistema genital de la persona si fuera necesario.

14

También es importante tener en cuenta que los controles periódicos de salud están recomendados para todas las personas sin distinción ya que son una oportunidad para establecer la condición global de salud de las mismas, promover hábitos saludables, poder determinar factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades o detectar precozmente enfermedades asintomáticas. En este sentido, desde hace años se considera discriminatoria la idea de definir “medidas preventivas para grupos de riesgo” según la sexualidad, identidad o expresión de género y prácticas eróticas de las personas. Las medidas preventivas que se realizan en el control periódico de salud deberían derivar de la evaluación del riesgo que asumen los usos del cuerpo de cada persona, sin clasificarla según esos usos. Un ejemplo sería recomendar el papanicolau anal a quien practica el sexo anal receptivo, para evitar la aparición de cáncer. Otra medida a tener en cuenta es que desde el año 2012 se recomienda la vacunación contra la hepatitis B a todas las personas, ya que el virus es altamente transmisible por vía genital y sanguínea. A su vez la vacuna contra la hepatitis A deberá prescribirse para las personas con prácticas como la oral-anal.

15

Poner el número de teléfono del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) en lugares visibles como referencia para denunciar casos de discriminación en las instituciones.

16

Dejar en un lugar visible de la institución encuestas sobre la calidad de atención que apunten a la población en general y que incluyan a las personas trans. De esta manera se generará un espacio que permita a las personas exponer si fueron atendidas con respeto y si su consulta pudo ser correctamente evacuada.

17

Ante los tratamientos a personas trans es importante que lxs trabajadorxs de la salud no presupongan la necesidad ineludible de orientación psicológica y/o asesoramiento psiquiátrico ya que esto es una forma de patologizar a las identidades y/o expresiones trans, lo que es considerado un delito en nuestro país a través de este nuevo paradigma legal. Este presupuesto no mella la necesidad de estar atentx para detectar e intervenir en casos de alta vulnerabilidad ligada a un entorno desfavorable. Es un deber legal ofrecer una mirada amplia a las condiciones de vida, redes y recursos disponibles de las personas atendidas. Es importante que los equipos y servicios de salud cuenten con información de organizaciones, colectivos, grupos LGTBQI, ya que estos pueden ser un sostén social y emocional cuando alguna situación lo requiera. También hay que tener en cuenta que un equipo interdisciplinario no sólo debe estar formado por las distintas especialidades médicas sino también por lxs trabajadorxs de las ciencias sociales, por ejemplo, debería incluir a trabajadorxs sociales.

18

Promocionar y facilitar el acceso al trabajo en instituciones de salud a personas trans en diversos cargos –ya sea como administrativxs, promotorxs o trabajadorxs de la salud, etc.- como estrategia para reducir las barreras y fomentar la accesibilidad a este sistema por parte de lxs colectivxs trans. La construcción de saberes que se experimentan entre pares permite llegar con un mayor énfasis a las subjetividades de lxs pacientes.

19

De todas maneras y en conexión con lo planteado, sabemos que el cambio se debe dar a nivel social y cultural en general, y no sólo dentro del sistema de salud y sus instituciones periféricas, ya que una definición de salud que alude a lo integral no debe ser planteada sólo en los términos individuales de los cuerpos en tratamiento sino que debe reconocérselos como parte activa de redes y colectivxs. En ese sentido, no podemos dejar de mencionar la necesidad de profundizar en las escuelas y otros espacios educativos los alcances de programas como el que establece la Ley de Educación Sexual Integral y de reforzar el conocimiento social de los nuevos marcos legales antidiscriminatorios, especialmente en y a través de los medios de comunicación.

CAPÍTULO
03

LA CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO TRANS: TÉCNICAS NO INVASIVAS, TRATAMIENTOS DE HORMONACIÓN Y CIRUGÍAS

REFLEXIONES SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO TRANS

Existimos hombres con vagina y mujeres con pene y esto nos obliga como sociedad a reflexionar, criticar y recrear los parámetros sobre los que se construye la femineidad y la masculinidad en nuestra cultura. Desde hace años, los paradigmas médicos, biológicos, psiquiátricos y criminológicos nos patologizaron y nos obligaron, por un lado, a amoldarnos y a cumplir con las expectativas sociales, sometiendo nuestros cuerpos a diversos experimentos, tratamientos y modos de intervención con diferentes grados de riesgo para adecuarlos a un parámetro estrictamente binario de género y, complementariamente, nos enseñaron a percibirnos, en la medida en la que los transgredíamos, desde diversos diagnósticos y categorías médicas y psiquiátricas. De esta manera, históricamente a las personas trans nos han orientado irreflexivamente a tratamientos hormonales y quirúrgicos, dando por sentado que todxs queremos habitar el estándar de género de elección y, en ese sentido, que nuestra salud tiene que ver principalmente con adecuar nuestro cuerpo al estereotipo de género. Así, se invisibilizan y estigmatizan otras construcciones corporales y se tiende a minimizar u olvidar las consecuencias físicas que tienen las intervenciones médicas sobre el organismo, valorando sólo sus efectos positivos en términos psicológicos desde la presunción de que todas las personas trans sentimos malestar o despreciamos nuestro cuerpo, como sigue rezando el diagnóstico de "disforia de género", sin detenerse a reflexionar en la importancia y en la necesidad primera del cambio social ya que si el malestar existe surge de la permanente discriminación que sufrimos aquellxs que hemos desafiado las normas culturales de género y/o de la orientación heterosexual obligatoria.

Pero ahora, en Argentina, existe la Ley de Identidad de Género que, aunque sostiene el binarismo sexo-genérico como elección en el documento, abre y garantiza una amplia posibilidad de construcciones y vivencias corporales al igualarnos en derechos al resto de lxs ciudadanxs, sin judicializarnos ni obligarnos a someternos a ningún tratamiento de hormonación o intervención quirúrgica ni a asumirnos, ni a interpretarnos a través de ningún diagnóstico médico y/o psiquiátrico. De esta manera, nos invita a su vez a reflexionar a todxs lxs ciudadanxs a nivel individual no sólo sobre el género en el que queremos ser reconocidxs y desarrollarnos sino, también, en el modo en el que deseamos habitarlo. A nivel social y, especialmente, dentro del sistema médico, nos compromete a desnaturalizar la relación automática entre sexo y género y nos desafía a reconocer que hay tantos modos de habitar y apropiarse de los géneros como personas existen. En este sentido nos interpela para empezar a elaborar colectivamente nuevos paradigmas y valores que nos permitan apreciar cada uno de los cuerpos en su singularidad. Así, nos convoca a recuperar y a reconocer nuestros cuerpos como territorios políticos y politizados y nos devuelve no sólo la voz sino la responsabilidad para pensar nuestra propia construcción corporal a partir de evaluar una articulación individual entre los límites médicos y nuestros deseos personales. Desde esta perspectiva, la Ley de Identidad de Género, elaborada a partir de proyectos del activismo, nos convoca especialmente a examinar la noción misma de salud en relación con las personas trans ya que la salud debería ser pensada, como para el resto, desde una perspectiva integral y, de esa forma, tanto lxs profesionales y efectorxs del sistema médico como nosotrxs deberíamos poder imaginar y ponderar nuestra construcción corporal teniendo en cuenta no sólo los beneficios psicológicos y sociales, sino también los riesgos y las consecuencias físicas de asumir tratamientos hormonales o quirúrgicos para poder tomar estas decisiones concientе y responsablemente, en relación no sólo con los deseos presentes sino con el plan de vida que podamos tener para el futuro.

Existen muchas construcciones posibles dentro del colectivo trans. La comunidad trans ha ido desarrollando diversas estrategias para construir sus expresiones de género, en base o no, al estereotipo del género de elección, sin pasar obligatoriamente por tratamientos médicos o quirúrgicos pero que pueden complementarse con ellos a partir de los distintos recursos y materiales disponibles se-

gún las costumbres y patrones de cada cultura, como usar la vestimenta, el peinado, los maquillajes, los cosméticos, los perfumes y/o los colores asignados socialmente para el género de elección, así como adoptar sus posturas, gestos y tonos de voz. Dominar estas técnicas sin dudas es un arte que se transmite y se perfecciona de generación en generación y puede usarse, además de para habitar los patrones culturalmente dados del género de elección, para permitirnos, también, una exploración con/entre las fronteras de los géneros. A continuación este capítulo ofrece una serie de estrategias, divididas entre aquellas útiles para feminidades o masculinidades trans, ordenadas en tres niveles: algunas técnicas no invasivas, una primera aproximación a los tratamientos de hormonación que generalmente se utilizan y una presentación de las cirugías que pueden llevarse a cabo. El objetivo es difundir la información necesaria para que cada una de las personas que está evaluando iniciar algún tipo de exploración en los géneros y/o en su construcción corporal tenga una plataforma para pensar los procesos que, en cada caso, estaría eligiendo y exponer las diversas opciones que se tienen al respecto. Estamos convecidxs de que parte de empoderar a nuestra comunidad es fortalecerla con conocimientos. A su vez, este material pretende ser útil e interpelar a aquellxs efectorxs de salud que estén interesadxs en empezar a involucrarse o que quieran actualizarse en el tema.

Hay que tener en cuenta que como la Ley de Identidad de Género fue sancionada hace poco tiempo, la realidad es que no todxs lxs efectorxs y profesionales de salud tienen información suficiente y actualizada y, en ese sentido, es fundamental encontrar médicxs capacitadxs ya que es nuestro cuerpo el que estamos poniendo en sus manos. Por eso, si lo que querés es iniciar un tratamiento hormonal y/o alguna cirugía, lo mejor es buscar la información e interiorizarse sobre los mismos a través de organizaciones trans y de consultar a personas que hayan pasado por la experiencia y/o trabajen en el sistema de salud y conozcan estos protocolos. (En el Capítulo VII de esta guía ofrecemos una lista para contactar con las organizaciones que pueden asesorarte y con servicios médicos amigables.) Una vez que hemos encontrado profesionales de confianza se les puede solicitar alguna dirección de mail o un número de teléfono de referencia para poder establecer un contacto rápido. En este caso, es importante hacerles notar que para nosotrxs no es lo mismo ir a una guardia médica o un consultorio privado cualquiera, ya que no todxs lxs profesionales cuentan con los conocimientos adecuados y actualizados.

Políticamente muchas de nuestras construcciones trans no persiguen lo que la medicina entiende como una feminización o una masculinización "completa", sino que decidimos habitar de una manera singular el proceso jugando con los límites del género. En ese sentido, es importante que lxs trabajadorxs de salud tengan presente que elegir una terapia hormonal no supone, automáticamente, el deseo o la necesidad de una operación de "reasignación genital" o de cualquier otra clase. Con el tiempo, los activismos trans hemos reparado no sólo en la aventura de género que nos propone la hormonación sino también en ciertos riesgos que puede acarrerar: después de cierto tiempo las terapias hormonales atrofian órganos de los sistemas genitales, produciendo no sólo la esterilidad, sino, en muchos casos, la necesidad médica de extirparlos mediante cirugías. Las llamadas hormonas gonadales –estrógeno y testosterona- son necesarias para el funcionamiento del organismo por lo que su ausencia puede producir trastornos graves. Una vez que dejamos de generarlas, por la atrofia que puede producir el tratamiento hormonal, el proceso se vuelve irreversible y el tratamiento hormonal se convierte en obligatorio de por vida. Por eso, es fundamental que si decidís iniciarlo, lo empieces y lo continúes siempre con seguimiento médico que pueda dar cuenta tanto de los cambios externos como de los internos. Y te recomendamos hablar sinceramente con lxs médicxs no sólo sobre tus expectativas en relación con los cambios corporales sino, también, sobre los planes de vida que tenés a largo plazo para que puedan consensuar un tratamiento que cumpla de la mejor manera posible con tus deseos sin descuidar la salud, ya que tienen la obligación de evacuar todas tus dudas y de acompañarte en el proceso sin imponerte su propia valoración. Y es muy importante de parte de lxs trabajadorxs de salud recordar que su obligación no es señalar un camino automático de intervención médica que logre una adaptación lo más rápida posible al estereotipo de género de elección, sino exponer a la persona interesada lo más detalladamente posible las opciones de tratamiento en relación no sólo con los beneficios sino con las consecuencias que puedan desarrollarse. Desde esta perspectiva, es fundamental proponer una buena escucha que permita subrayar los deseos individuales de cada unx para realmente acompañar a las personas trans en nuestras decisiones sin que se nos impongan parámetros y/o prejuicios.

Una vez empezado el tratamiento hormonal es importante tener paciencia para ver los cambios.

No es recomendable variar constantemente los tratamientos ni lxs profesionales.

Durante todo el tratamiento hormonal, pero especialmente en el transcurso del primer año, es imprescindible realizarse los chequeos y concurrir al médicx ante cualquier síntoma extraño que se presente.
Como en general se deberá concurrir a más de unx medicx, un buen modo para asegurarse de haber entendido bien las instrucciones y de profundizar el conocimiento sobre los tratamientos y sus pasos a seguir es contarle a cada profesional lo que se está charlando y planificando con lxs otrxs, de manera de asegurar una buena cooperación y coordinación entre ellxs.

MASCULINIDADES TRANS

El arte de "trucarse"

Las masculinidades trans fuimos desarrollando y adoptando diversas estrategias para construir nuestra apariencia física sin pasar por tratamientos médicos o quirúrgicos, a partir de los distintos recursos y materiales disponibles según las costumbres y patrones de cada cultura. Entre los recursos más a mano están la utilización de vestimenta y de peinado socialmente determinada para el género masculino. También se pueden trabajar los gestos y las posturas, así como los tonos y las maneras de hablar, caminar y actuar en general. Esto puede complementarse con los siguientes métodos:

- a) "Fajarse" el pecho: es frecuente la utilización de fajas o vendas para mostrar un pecho más plano Las formas de hacerlo son pocas y no todas son recomendables si queremos cuidar nuestra salud. Si bien los métodos varían según los alcances económicos de cada uno, los más convencionales son: 1) Fajas: vienen en distintos tamaños, formas y precios, encontrando entre ellas la ortopédica tubular, la post-quirúrgica toráxica y la post-embarazo. 2) Vendas elásticas: es una forma menos recomendable que la anterior porque comprime mucho más el tórax y es más dañina para la piel. 3) Cinta de embalaje: aunque hay personas que por distintos motivos la usan, este método no es en absoluto recomendable. De hecho, es malo para la salud porque hace que los poros de la piel estén por muchas horas tapados y esto produce desde infecciones hasta necrosis. 3) Blinders o camisas compresoras: hasta hace muy poco tiempo sólo podían importarse; por su alto costo actualmente hay personas en Argentina que las hacen a medida.





  Al comenzar a usar tanto las fajas como las vendas aparece dolor en las mamas, escoriaciones y paspaduras. Por eso es recomendable usarlas el menor tiempo posible, dejando el pecho libre al estar sólo en casa y/o al dormir y, también, usar crema frecuentemente. Aunque es más doloroso, fajarse llevando las glándulas mamarias hacia arriba puede retrasar la pérdida de la elasticidad de la piel. Llevarlas hacia abajo es menos doloroso pero la piel puede relajarse más rápido. Hay que tener en cuenta en relación con estas técnicas que, aunque la faja es relativamente mejor que las vendas elásticas, con el tiempo su uso reduce la elasticidad de la piel, lo que a largo plazo puede producir problemas de cicatrización. También es importante tener en cuenta que no hay que ajustarlas demasiado, porque puede ocasionar problemas para respirar.
- b) Utilizar "paquetes": hay distintas formas de mostrar un bulto o "paquete" que aluda al pene y a los testículos. Actualmente pueden usarse diversos elementos como medias, dildos y prótesis de "paquete" –que pueden comprarse en sexshops- o cualquier otro elemento que no sea tóxico o nocivo.



- c) Usar "orinadores": culturalmente la idea de que orinar de pie es un acto eminentemente masculino ha obligado a las masculinidades trans, para evitar incomodidades en los baños públicos, a utilizar distintos dispositivos para orinar parados. Por ejemplo, existe uno muy parecido a un embudo que es generalmente utilizado por personas con vagina que no pueden usar un inodoro por largos períodos de tiempo, como cuando se realizan caminatas fuera de lugares urbanos. Se vende en sexshops y, generalmente, son camuflados por las masculinidades trans con una prótesis de "paquete" para exhibir un pene fláccido. También se puede fabricar uno casero con una manija de bidón o con una manguera (se pueden encontrar varios instructivos en internet). Es importante higienizarlo mucho y frecuentemente y usarlo sólo el tiempo necesario para evitar infecciones urinarias. También hay que recordar que los baños masculinos suelen no tener papel higiénico y por eso es imprescindible llevarlo o, en su defecto, pañuelitos descartables.



- d) Engrosar el vello facial o corporal: el método más fácil y común es rasurarse con maquinitas de afeitar. Esto puede ayudar a que el vello se engrose y salga con más fuerza sin necesidad de apelar a otras técnicas aunque también puede complementarlas.

Tratamientos hormonales

Los tratamientos hormonales para personas trans usualmente se conocen como terapia de sustitución hormonal (TSH), terapia de reemplazo hormonal (TRH) o terapia hormonal sustitutoria (THS). Su objetivo es desarrollar rasgos relacionados con el estereotipo de género masculino y tienen como base la administración de testosterona. Esta hormona se produce en los testículos, en las glándulas suprarrenales y, en menor cantidad, en los ovarios, a la vez que es sintetizada en laboratorios. Esta última se aplica por vía transdérmica (geles o parches) o parenteral (inyectable). Los efectos y cambios que genera son muy variados, dependiendo de los organismos de las personas, aunque el esqueleto no sufre modificaciones una vez alcanzada la madurez, razón por la cual, por ejemplo, no se aumenta de estatura. Es recomendable evitar la automedicación, siendo muy importante realizar el tratamiento hormonal con seguimiento médico. El uso de testosterona en dosis elevadas y descontroladas puede producir, entre otras afecciones que detallaremos más adelante, intoxicación y generar que el cuerpo, al desconocer la hormona en altas dosis, la convierta en estrógenos, produciendo un efecto rebote.

El tratamiento hormonal paso a paso

Te ofrecemos a continuación una aproximación a lo que sería un tratamiento menos nocivo para tu salud, basado en la experiencia de varias personas y en una amplia investigación.

Actualmente en varios consultorios amigables trabajan médicxs generalistas que ofrecen atención integral y familiar para lxs pacientes que podrían prescindir, así, si lo eligieran, de las derivaciones a diversos especialistas que se sugieren en el paso uno.

UNO

Consultar con unx médicx clínicx para solicitar un chequeo que incluya análisis de sangre y orina completos y recuento hormonal, y las derivaciones a unx cardiólogx, unx endocrinólogx y unx ginecológx.

DOS

Realizarse los análisis de sangre y orina completos, con estudios hormonales, que deben incluir como mínimo: hemograma, glucemia, colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, triglicéridos, hepatograma, tirotrofina (TSH), tiroxina libre (T4L), prolactina, hormona folículoestimulante (FSH), LH, estradiol plasmático, testosterona y testosterona libre.

TRES

Visitar a unx cardiólogx y solicitar un electrocardiograma. Una vez realizado el estudio volver a la consulta médica para que sea explicado el resultado. Avanzar si se obtiene el apto cardiológico, sino seguir con el tratamiento profesionalmente indicado. Hay que realizarse un seguimiento cardiológico, como mínimo, anual.

CUATRO

Consultar con unx endocrinólogx y llevarle los resultados obtenidos para ver si son satisfactorios o es necesario hacerse más chequeos. Hay que realizarse estudios cada seis meses para ver la evolución endocrinológica.

CINCO

Concurrir a la consulta ginecológica y realizarse cada año una mamografía bilateral y una ecografía vaginal suprapúbica, en caso de nunca haber recibido penetración, o una ecografía transvaginal, en caso contrario. En este último caso, lx persona puede optar por la ecografía vaginal suprapúbica (es decir, se coloca el transductor del ecógrafo en el abdomen), aunque es más recomendable realizar una ecografía transvaginal (el transductor se coloca dentro de la vagina, protegido con un preservativo).

SEIS

Con los estudios ya realizados que verifiquen un buen estado de salud y una charla previa con unx médicx sobre las expectativas en relación con la propia construcción corporal, la recomendación habitual es comenzar con un tratamiento de testosterona en gel con una dosis de 50 ml (un sobre) al día durante treinta días. La ventaja de este modo de aplicación en particular es que su efecto dura sólo veinticuatro horas, permitiendo su suspensión inmediata frente a cualquier efecto adverso.
Es muy recomendable hacer gimnasia para lograr una mejor redistribución de la grasa y la musculatura del cuerpo.

SIETE

Si se decide continuar, se puede seguir con la testosterona en gel o profundizar el tratamiento. En ese caso normalmente se recomienda la aplicación de 250 mg de testosterona inyectable, la dosis más baja que se comercializa actualmente en Argentina, una vez por mes, durante los siguientes tres meses.

OCHO

Después de los primeros tres o cuatro meses de iniciado el tratamiento, es un buen momento para hacerse un análisis de sangre completo y poder reflexionar sobre los cambios y las expectativas que tenemos en relación con los nuevos valores arrojados por los análisis correspondientes que nos permitirán saber cómo está impactando el tratamiento en nuestro cuerpo. También se pueden hacer ajustes en el tratamiento o suspenderlo. A continuación, si se quiere avanzar en el proceso y los resultados están dentro de los niveles esperados se debe aplicar una dosis de testosterona inyectable de 250 mg cada tres semanas por un plazo de tres meses.

NUEVE

Si el cuerpo evolucionó satisfactoriamente al tratamiento y se desea continuar, se recomienda una dosis de 1000 mg de testosterona inyectable cada tres meses siempre que los análisis clínicos estén dentro de los valores esperados. El tratamiento con testosterona modifica paulatinamente los ovarios, las trompas de Falopio y el útero hasta que produce la desaparición del ciclo menstrual. Si el tratamiento se continúa, estos órganos se atrofian lo que hace que, a mediano plazo, se los deba extraer quirúrgicamente mediante una histerectomía, para prevenir el riesgo de formación de células cancerosas y otros cuadros. Como para el funcionamiento adecuado del cuerpo son imprescindibles las hormonas, una vez llegado este punto se vuelve necesaria su ingesta de por vida.

Efectos de la testosterona en el cuerpo

La ingesta de testosterona hace que nuestro cuerpo tenga un funcionamiento diferente. Esto produce no sólo los cambios esperados por los cuales empezamos el tratamiento, sino también desequilibrios por lo que es importante acompañarlo por unx médicx ya que afecta la apariencia física externa pero también produce transformaciones internas, algunas reversibles pero otras no. De acuerdo con la experiencia ofrecida por los equipos médicos consultados en relación con la atención de personas trans, ya que no existen estudios específicos de los efectos de la testosterona sobre el cuerpo a largo plazo, los órganos que tienden a ser más afectados son:

- **a)** el hígado, el primero que recibe y procesa la testosterona;
- **b)** el corazón, que se agrandará como el resto de los músculos del cuerpo por lo que es muy importante tenerlo controlado;

- **c)** el páncreas, que se sobreexigirá. Al ser el órgano que regula la insulina, una mayor exigencia a largo plazo puede producir diabetes;
- **d)** los "órganos sexuales" (los ovarios, el útero, las trompas de Falopio y el clítoris) sufrirán modificaciones morfológicas pero también fisiológicas. Por un lado, el clítoris cambiará su tamaño hasta llegar a constituirse en un "pítoris", o sea, el clítoris hiperatrofiado que puede llegar a medir hasta 6 cm. Por el otro, los ovarios, las trompas de Falopio y el útero se irán atrofiando hasta que desaparece el ciclo menstrual. Con la prolongación del tratamiento estos cambios se vuelven irreversibles, pudiendo ser necesario que se deban extraer quirúrgicamente, ya que pueden generar células cancerígenas, entre otros cuadros;
- **e)** las glándulas mamarias tienden a reducir su tamaño. Es importante tener en cuenta que los pechos se componen de las glándulas mamarias y de la grasa que las rodea. En ese sentido, su achicamiento no garantiza más que un mínimo de reducción, siendo necesario el ejercicio físico para eliminar la mayor parte de la grasa que es la que da el volumen. Los controles médicos anuales de mamas y las revisaciones periódicas individuales de palpación para detectar tempranamente nódulos y durezas son imprescindibles para prevenir los riesgos de cáncer.

Otros cambios físicos que pueden producirse son:

- **a)** Engrosamiento de las cuerdas vocales que produce el agravamiento de la voz; hay que tenerlo presente si se trabaja con ella.
- **b)** Engrosamiento de la piel que tiende a volverse más grasosa, haciendo más probable la aparición de acné sobre todo en el rostro y la espalda.
- **c)** Mayor producción de sangre, por el bombeo más acelerado del corazón, lo que genera el engrosamiento de las venas.
- **d)** Aumento en la masa corporal, con probable aumento de peso que puede controlarse con ejercicio físico.
- **e)** Redistribución de las grasas corporales, que empiezan a acumularse en el abdomen dejando de hacerlo en la cintura y las caderas.
- **f)** Aumento del volumen de sudor (hiperhidrosis corporal).
- **g)** Aumento del vello facial sobre el labio superior, cuello y mejillas que con las sucesivas afeitadas se engrosará y endurecerá. Por eso, si se suspende el tratamiento hormonal, esto no se modifica.
- **h)** Aumento del vello corporal en brazos, piernas y pecho, dependiendo de la genética de cada persona.
- **i)** Se pueden detectar pérdidas de pelo, pudiéndose producir calvicie.
- j) La testosterona puede atrofiar la vagina y hacer más dolorosas las relaciones penetrativas. Esto puede tratarse fácilmente con una crema de estrógeno que actúa localmente revitalizando los tejidos y no afecta los niveles de hormona en sangre.

En relación con el tratamiento hormonal es indispensable hacerse estudios de seguimiento cada seis meses durante el primer año y repetirlos después anualmente para constatar de qué manera se están modificando o atrofiando los órganos con el fin de evitar o diagnosticar rápidamente cualquier inconveniente que se pudiera llegar a formar. Por otra parte, tenemos que estar pendientes de cómo interactúa el tratamiento hormonal con otros medicamentos o tratamientos que se estén llevando a cabo. Las hormonas pueden potenciar o disminuir los efectos de diversos medicamentos, por lo que se recomienda enfáticamente explicar en detalle a lxs profesionales los tratamientos que se están llevando a cabo antes de empezar el hormonal. También es importante recordar que se recomienda para toda la población adulta llevar a cabo estudios todos los años para detectar enfermedades e infecciones de transmisión sexual como el VIH, la hepatitis B, el HPV, entre otras.

Otra cosa de la que se habla muy poco es que la testosterona puede atrofiar la vagina y hacer más dolorosas las relaciones penetrativas. Esto puede tratarse fácilmente con una crema de estrógeno que actúa localmente revitalizando los tejidos (es decir que no afecta los niveles de hormona en sangre).

Finalmente, no estaría de más recordar que las prótesis y juguetes sexuales tienen que usarse con preservativo porque también pueden transmitir ITS.

Cirugías

1- Metadoioplastía: consiste en liberar el clítoris (ya alargado por el efecto de la testosterona) y construir una bolsa escrotal con los labios vaginales en donde se implantan prótesis de silicona que harán las veces de testículos. El clítoris liberado es el futuro pene (o pítoris) al que deberá realizársele una reconstrucción para conducir la uretra hasta el nuevo glande. Aunque esta intervención implica estos tres pasos –la liberación del clítoris, la extensión de la uretra y la construcción de un escroto- se pueden hacer las tres intervenciones juntas o hacer sólo una o dos de ellas, por ejemplo, hacer sólo la liberación del clítoris.

2- Faloplastía: esta cirugía implica la implantación de una prótesis peneana que será recubierta con la piel que se injerta del brazo. Se utilizan los labios mayores para crear el escroto.

3- Colpectomía: a través de esta intervención quirúrgica se suturan las paredes vaginales entre ellas, después de la ablación previa de la mucosa. Esta operación puede ser total o parcial.

4- Histerectomía: esta cirugía puede ser total o parcial. Consiste en extirpar el útero, las trompas de falopio y los ovarios, dependiendo de la situación de salud y/o elección de cada persona.

5- Anexectomía: esta operación supone la extracción quirúrgica de las Trompas de Falopio y de los ovarios.

6- Mastectomía bilateral: por esta técnica se remueven las glándulas mamarias. Para este tipo de intervención hay dos técnicas: a) la periareolar que consiste en practicar una incisión alrededor de la areola para extraer el tejido glandular; b) la técnica periareolar ampliada (o T invertida) que consiste en la realización de dos incisiones, una periareolar y otra que se amplía hacia la zona de la axila, a través de las cuales se extrae el tejido glandular.

7- Técnica de injerto libre: el cirujano puede optar por injertar las areolas para asegurar la supervivencia de las mismas.

En todos los casos, las personas trans que hayan decidido someterse a alguna de estas intervenciones deben hacerlo junto con lx cirujanx y su equipo médicx que sugerirán la técnica más adecuada para cada caso, atendiendo siempre a las características físicas, el historial médico y, sobre todo, a los deseos expresados por ellx. Es importante ser conscientes de que los cambios obtenidos mediante cirugías no son reversibles y que la utilización de anestesia, como en toda intervención quirúrgica que la requiera, supone riesgo de vida. Por otra parte, como en todas las prácticas de este tipo, sus resultados dependerán del organismo y evolución particular de cada persona. También es importante tener presente que un mes antes de cualquiera de estas intervenciones es conveniente dejar de tomar andrógenos y continuarlos dos semanas después de la operación. En caso de realizarse alguna intervención que suponga la extirpación de los ovarios es importante realizarse periódicamente "densitometrías óseas", que son exámenes que permiten chequear la densidad de los huesos, para evitar que se genere o controlar una osteoporosis. Los estrógenos y andrógenos son imprescindibles para la producción de los huesos, siendo el estrógeno la hormona principal que retarda la pérdida de materia ósea. Por eso, generalmente, después de este tipo de intervenciones el tratamiento hormonal se vuelve obligatorio de por vida.

FEMINIDADES TRANS

El arte de "trucarse"

Las feminidades trans fuimos formulando diversas técnicas y métodos para feminizar nuestra apariencia sin recurrir necesariamente a tratamientos médicos o quirúrgicos pero que pueden combinarse con ellos. Empezando por adoptar las vestimentas, peinados, perfumes, cosméticos y maquillajes que se asignan típicamente al género femenino, así como gestos, posturas, tonos de voz y maneras de hablar que generalmente se le atribuyen. Estas estrategias pueden complementarse con otras técnicas como:



- **a)** Aumento de busto: 1) Prótesis externas de silicona: se venden en las lencerías, farmacias y casas de ortopedia y pueden utilizarse dentro del corpiño. 2) Maquillaje: hay técnicas que permiten aumentar visualmente el busto. (Ver: http://www.youtube.com/watch?v=C8tS6WrDheU. Consultado el 07/05/2014) 3) Cinta adhesiva transparente: se la usa para unir la piel de los pectorales con la de la parte más baja de la axila para marcar el escote. A pesar de ser utilizada, esta técnica no es recomendable ya que puede ser nociva porque no permite que la respiración se lleve a cabo libremente y porque tapa los poros de la piel por mucho tiempo.
- **b)** Ocultar el pene: hay tantas técnicas como personas que lo hacen. Se trata básicamente de subir los testículos a la cavidad testicular que se encuentra en la región inguinal y que era la que los alojaba antes de la pubertad. Una vez que están colocados arriba, se ubica hacia atrás la bolsa escrotal con el pene y se usa una ropa interior elástica y ajustada al cuerpo –por ejemplo de neoprene o medias de nylon- para mantenerlo en ese lugar sin que se corra o se salga. Al principio, esta técnica puede causar dolor, porque las cavidades se achicaron con el paso del tiempo. Con este método las estamos volviendo a abrir hasta llevarlas al tamaño de los testículos adultos.
- **c)** Maquillaje y depilación: se pueden utilizar muchos métodos para ocultar o eliminar el vello facial y el corporal. Actualmente hay diversas técnicas de depilación que van desde ceras, cremas, máquinas de afeitar y depiladoras, hasta el láser o la electrólisis para hacerla definitiva. También se usa maquillaje para ocultarlo.

Tratamientos hormonales

Los tratamientos de reemplazo hormonal (TRH) tienden a reducir o suprimir los rasgos que son socialmente decodificados como del género impuesto al nacer e inducir la aparición de los del género de elección, reduciendo el nivel de testosterona y elevando el nivel de estrógeno. Generalmente se administran tres tipos de sustancias: estrógenos, antiandrógenos y progesterona. El estrógeno permite desencadenar el desarrollo de las características identificadas con el género femenino. En los casos en los que la testosterona se mantiene elevada, pueden prescribirse los antiandrógenos. Lo importante a tener en cuenta es que cada cuerpo es distinto, por lo que es fundamental hacerse un seguimiento médico con todos los análisis correspondientes para que las dosis sean las apropiadas para tu organismo.

El estrógeno se administra por vía dérmica, oral o inyectable. Por vía dérmica se usan geles y parches que van liberando las hormonas gradualmente. El gel se aplica sobre la piel y se usa para iniciar el tratamiento o como terapia de mantenimiento ya que tiene como ventaja que su efecto dura veinticuatro horas, por lo que puede suspenderse rápidamente ante cualquier efecto adverso que pudiera presentarse. Los parches de estrógeno, también, suelen utilizarse para terapias de mantenimiento y se recetan especialmente para fumadoras, porque tienen menos riesgos de causar trombosis. Hay que tener en cuenta que pueden producir irritación en el lugar de aplicación por lo que es importante cambiar la zona en cada administración y recordar no hacerlo cerca de huesos, siendo recomendable adherirlos en la parte de atrás de de los muslos y en las caderas. La vía oral suele ser la más utilizada, por considerársela la más práctica, a menos que se descubran problemas estomacales o hepáticos. Por estas u otras razones médicas, el estrógeno se receta por vía dérmica (gel o parches). Actualmente las inyecciones están quedando atrás porque el estrógeno no se libera de modo regular en el cuerpo sino que tienen picos de potencia, aunque todavía se comercializan algunas de depósito. La vía inyectable tiene la desventaja de que si se produce algún efecto adverso, el mismo persistirá durante un tiempo prolongado.

Las formas de estrógeno son estradiol, estrona y estriol. Hay que tener en cuenta que dentro del estradiol, el etinil estradiol suele tener más riesgo de producir trombosis. Existen, también, los estrógenos conjugados, que se derivan de la orina de yeguas preñadas, y generan mayor posibilidad de desarrollar cáncer de mama, especialmente en personas con antecedentes médicos o familiares.

A pesar de tener un efecto limitado, algunxs profesionales aconsejan usar la progesterona combinada con estrógeno. Hay que tener presente que esta sustancia aumenta la posibilidad de trastornos cardiovasculares, especialmente en tratamientos prolongados.

Si por algún motivo se decide suspender el tratamiento hormonal, es recomendable hacerlo en forma gradual y con acompañamiento médico. Hay que recordar que los antiandrógenos son inhibidores de testosterona pero no evitan que se siga produciendo esta hormona; sólo baja su nivel de formación; por eso su suspensión abrupta puede generar una superproducción y, como consecuencia, un efecto rebote.

El tratamiento hormonal paso a paso

Actualmente en varios consultorios amigables trabajan médicxs generalistas que ofrecen atención integral y familiar para lxs pacientes que podrían prescindir, así, si lo eligieran, de las derivaciones a diversos especialistas que se sugieren en el paso uno.

UNO

Consultar con unx médicx clínicx amigable para solicitar un chequeo que incluya análisis de sangre y orina completos y recuento hormonal, y las derivaciones a unx cardiólogx y a unx endocrinólogx.

DOS

Los análisis de sangre y orina completos y los estudios hormonales deben incluir: hemograma, glucemia, heptograma, creatininemia, ácido úrico, proteinograma, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos, TSH y T4 libre, testosterona total y libre, estradiol, prolactina, FSH, LH, HCV IgG, Anti core HVB IgG y HbsAg.

TRES

Al visitar a unx cardiólogx, se debe solicitar un electrocardiograma. Una vez realizado el estudio volver a la consulta médica para que sea explicado el resultado. Avanzar si se obtiene el apto cardiológico, si no seguir con el tratamiento indicado. Es recomendable hacerse un chequeo cardiológico anual.

CUATRO

Consultar con unx endocrinólogx y llevarle los resultados obtenidos para ver si son satisfactorios o es necesario hacerse más chequeos. Es recomendable durante la primera etapa del tratamiento, realizarse estudios cada seis meses para hacer el seguimiento hormonal.

CINCO

Con los estudios ya realizados que verifiquen un buen estado de salud y una charla previa con lxs médicxs sobre las expectativas que se tienen en relación con la propia construcción corporal, se puede comenzar, con supervisón, el tratamiento hormonal. Para empezar se recomienda en general dos push de estrógeno en gel –que equivalen aproximadamente a 0,75 mg- por la mañana y dos por la noche, ya que cada dosis dura sólo doce horas. Es importante realizar la aplicación en lugares lejanos a las glándulas del cuerpo, como los senos, siendo ideales los brazos y las piernas. Se recomienda evitar el contacto físico con otra persona durante la primera hora posterior a la aplicación, porque el excedente de la hormona puede transmitirse por el roce de las pieles.

SEIS

A los tres meses debemos realizar un nuevo recuento hormonal y estudios clínicos para saber si la testosterona está bajando y constatar el nivel de estrógenos. Con estos resultados podemos conocer el impacto del tratamiento en nuestro cuerpo. Si continuamos dentro de los valores de referencia y lo deseamos, podemos seguir con la dosis de estrógeno previamente indicada. Si la testosterona se mantuviera elevada, el profesional puede recetarnos antiandrógenos. Estos se administran por vía oral y pueden combinarse con el gel. Los estudios deben repetirse cada seis meses.

SIETE

Pasados los seis meses es recomendable repetir los chequeos médicos. Por eso este es un buen momento para reflexionar sobre los cambios conseguidos en relación con los planes de vida que tenemos y con los nuevos resultados médicos. Siempre que los estudios estén dentro de los valores de referencia y si se desea continuar, se puede aumentar a una dosis más elevada de estradiol por vía oral. La dosis que suele prescribirse para empezar con la administración por esta vía es de 2 mg. Se puede mantener esta dosis durante tres meses, siempre que la ingesta del estrógeno no nos produzca efectos adversos, como afecciones al hígado.

OCHO

Al año de iniciado el tratamiento, es conveniente volver a realizarse los análisis completos, tanto de laboratorio como cardíacos, hormonales y hepáticos, y chequear el estado de coagulación de la sangre. En esta instancia se pueden evaluar los cambios en relación con las expectativas y los resultados clínicos para decidir si deseamos seguirlo, suspenderlo o modificarlo.

Para los estándares médicos que apuntan a controlar la testosterona, la etapa de mantenimiento del tratamiento hormonal se inicia cuando esta hormona en los análisis de laboratorio alcanza un nivel inferior a 40 ng/dl. En este momento, si se desea continuar se recomienda volver a la dosis de inicio: dos push de estrógeno en gel por la mañana y dos por la noche. Hay que realizarse chequeos una vez al año para constatar que los valores hormonales continúen dentro de estos parámetros; así como también es conveniente realizarse estudios anuales para detectar infecciones de transmisión sexual, como el VIH y la hepatitis B, entre otras.

Por el impacto que tiene para el cuerpo el tratamiento hormonal, especialmente para el hígado, no puede continuarse de manera indefinida. Por eso y en relación con diversas afecciones que pueden desarrollarse a largo plazo, en muchos casos se llega al extremo de necesitar realizarse la extirpación de los testículos a través de una cirugía, que se conoce como orquidectomía total, para poder minimizar la necesidad de medicación. Esta operación produce la esterilidad de la persona.

Efectos de los tratamientos con estrógenos y bloquiadores

El uso de estrógenos en feminidades trans produce cambios irreversibles, como el crecimiento del busto y pezones, y otros reversibles, como la redistribución de grasa corporal, la disminución de la masa muscular y la piel más suave y delgada. No modifica el esqueleto ni impide el crecimiento del vello facial, que puede ser controlado con depilaciones definitivas de electrólisis o láser. Tampoco genera un cambio en la voz, que puede agudizarse a través de un trabajo con la modulación. Los cambios psicológicos son difíciles de definir, pero hay que estar atentxs a que sean positivos, porque muchas veces la terapia hormonal puede producir depresión.

El tratamiento hormonal está contraindicado para aquellxs que sufren de enfermedades de circulación y tienden a sufrir trombosis, obesidad mórbida, problemas cardíacos, enfermedades cerebrovasculares y hepáticas crónicas, hipertensión arterial grave, diabetes mellitas, antecedentes familiares de cáncer de mama y/o hiperprolactinemia.

Los problemas relacionados con los estrógenos se vinculan generalmente con la ingesta de dosis elevadas. Los principales efectos adversos que pueden producir son:

- ! **a)** desarrollar problemas venosos y trombosis (obstrucción de las venas por coágulos sanguíneos), que pueden manifestarse como trombosis venosa o como embolia pulmonar. En ese sentido, el desarrollo de flebitis es un indicador importante para interrumpir el tratamiento. Por eso, hay que estar atentxs a los síntomas y signos de flebitis, como dolor de piernas y fatiga al caminar, para ponerse en contacto con lx médicx apenas los percibamos. La flebitis suele aparecer en un 6% de personas que toman estrógenos.
- ! **b)** elevación en las transaminasas, que son enzimas que se localizan principalmente en el hígado, esto ocurre especialmente con las pastillas. Por eso, es importante realizar exámenes periódicos para controlar las funciones hepáticas. Este análisis se llama hepatograma.
- ! **c)** desarrollar o acentuar una hipertensión arterial. Aunque es fundamental hacer un tratamiento médico para controlarla, no se vuelve necesario discontinuar el hormonal.
- ! **e)** contraer diabetes tipo 2, ya que la terapia con estrógeno puede producir resistencia a la insulina;
- ! **f)** enfermedades de la vesícula ya que con dosis altas aumentan las concentraciones de colesterol en la vía biliar. Los estrógenos pueden causar daños a la vesicular biliar, especialmente en gente de edad mayor y en personas con obesidad.
- ! **g)** desarrollo de prolactinomas que son tumores benignos en la glándula pituitaria que es la que fomenta la secreción de prolactina (hormona que induce la producción de leche y regula la función sexual). Por eso, deben monitorearse periódicamente los niveles de prolactina, ya que su crecimiento puede causar, entre otros, daños a la vista periférica, dolores de cabeza e hipertiroidismo. La producción de leche y su derramamiento por los pezones son una señal que evidencia elevados niveles de prolactina, por lo que debe se debe concurrir rápidamente al/lx médicx.

Es fundamental tener en cuenta que una vez que se desarrollan las mamas necesitan de vigilancia periódica como medida preventiva para el cáncer. Es necesario aprender las técnicas de autoexamen mamario y realizar, al menos una vez al año, una mamografía de control. Por otra parte, aunque el tratamiento con estrógenos, teóricamente, serviría como preventivo, existe

siempre la posibilidad de contraer cáncer de próstata, por lo que no deben obviarse los controles periódicos.

Los factores más importantes que predisponen a padecer alguno de estos efectos adversos son la edad, el momento en el que se está del tratamiento y las dosis altas. En ese sentido, están más expuestas las personas mayores de cuarenta y cinco años y que llevan menos de un año de tratamiento.

Por su parte, los efectos de las diferentes sustancias antiandrogénicas son los siguientes:

- **a)** puede haber, en forma variable, una disminución de la fuerza, la masa muscular y del contenido de hemoglobina.
- **b)** en relación con los genitales y su función sexual aunque el pene no cambia su tamaño, puede parecer más pequeño por la mayor cantidad de grasa del bajo abdomen y por un aumento de la flaccidez en la zona. Las erecciones suelen desaparecer sólo al principio del tratamiento y después dejan de ser espontáneas, requiriendo para sostenerlas de estimulación constante. Durante el primer año los testículos pueden disminuir hasta un veinticinco por ciento su tamaño, lo que se debe a su atrofia con pérdida de las células de Leydig y Sertoli. Esto produce una disminución de la producción de espermatozoides (espermatogénesis), llevando a la infertilidad. La eyaculación tiene menos volumen y puede llegar a desaparecer, por la reducción de la función de la próstata y de las vesículas seminales.
- **c)** el vello facial puede afectarse muy ligeramente, cambiando su densidad y reduciéndose un poco, por lo que cubre menos áreas de la cara y suele tardar más en crecer. Esto ayuda a tener un mejor resultado para la depilación definitiva por electrolisis o láser.
- **d)** el vello corporal que ya existe puede afinarse con el tiempo, dependiendo de la genética. El pelo de brazos, piernas, ano y área perineal (entre el escroto y el ano) se reducirá pero no necesariamente se afinará.

Algunos de los efectos adversos que puede causar la ingesta de antiandrógenos son: a) enfermedades o problemas hepáticos; b) enfermedades o problemas renales; c) cáncer de próstata; d) trombosis venosa y embolia pulmonar; e) esterilidad.

Hay que estar, también, particularmente pendientes de la interacción entre el tratamiento hormonal y otros medicamentos o tratamientos que se estén llevando a cabo. Las hormonas pueden potenciar o disminuir los efectos tanto de la Rifampicina como de los antirretrovirales. También hay que tenerlo presente en relación con anticonvulsivos, psicofármacos, antiarrítmicos, sildenafil, drogas utilizadas para las dislipemias (aumento de colesterol, triglicéridos o ambos), antidepresivos, etc., por lo que se recomienda explicar detalladamente a lxs profesionales los tratamientos que se están llevando a cabo antes de empezar el hormonal. No existen evidencias de que los progestágenos interactúen con los antirretrovirales.

Cirugías

1- Vaginoplastía: hay dos modos de llevar a cabo esta intervención quirúrgica:

a) A través de la "técnica de inversión peneana" que consiste en construir una vagina utilizando la piel invertida del pene y del escroto. Aunque toda operación depende de la singularidad de la persona en la que se realiza, generalmente esta intervención dura más de ocho horas y su postoperatorio alrededor de un mes.

b) A través de la "técnica del colgajo rectosigmoidal pediculado" que utiliza una sección del intestino grueso terminal (colon sigmoide) para crear una vagina.

2- Orquiectomía: consiste en la extirpación total o parcial de uno o de los dos testículos. La orquiectomía puede ser total, lo que supone la extracción también del epidídimo y de parte del cordón testicular, o parcial, caso en el que se extirpa únicamente la parte funcional del testículo dejando el resto de estructuras y se conoce como "orquiectomía subalbuginea". La primera está indicada en procesos tumorales o infecciosos que destruyan el o los testículos y en casos de atrofia testicular. La "orquiectomía subalbuginea" se recomienda para producir una disminución de los niveles de testosterona en sangre, por ejemplo para controlar el carcinoma de próstata. Como este

tipo de cirugías tiene como objetivo reducir o dejar de producir testosterona, suele recomendarse en casos de atrofia y para mantener de por vida el tratamiento hormonal. Para "orquiectomía total" se realiza la incisión en la zona inguinal del lado del testículo a extirpar o de ambos, en cambio para la "orquiectomía subalbuginea" sólo se produce un corte en la piel escrotal, por lo que el postoperatorio suele ser más corto, de entre uno y tres días, pudiendo seguir posteriormente un control ambulatorio. Estas intervenciones se llevan a cabo con anestesia regional, general o local.

3- Remoción de aceites industriales: su propósito es remover los aceites industriales, limpiando y desinfectando la zona para colocar siliconas estériles y antialérgicas. Es muy importante tener en cuenta que esta operación puede ser más peligrosa que tener los aceites, especialmente cuando esta sustancia está alojada en zonas cerca de huesos, tendones o ligamentos, entre otras áreas. Por eso, en la mayoría de los casos no se recomienda la intervención –ya que el aceite puede estar alojado en diversas partes del cuerpo y se vuelve muy difícil y riesgosa su remoción total- pero sí se estipulan los controles periódicos de las zonas afectadas.

4- Mamoplastía en aumento: permite aumentar el tamaño del pecho a partir de la colocación de implantes. La técnica más habitual consiste en realizar un pequeño corte, colocar la silicona por debajo del pezón y cerrar la herida. Dependiendo de la persona, esta operación suele durar dos horas, por lo que generalmente no se vuelve necesario quedar internada. Si se cumplen con las indicaciones médicas, el postoperatorio en general se extiende por unos días.

5- Tiroplastía remodelativa: esta intervención tiene como objetivo reducir la "manzana" o "nuez de Adán". A través de una mínima incisión que generalmente el cirujano hace coincidir con un pliegue o arruga del cuello para disimular la futura cicatriz, se corta y lima el exceso de cartílago para disminuir su relieve. Puede realizarse con anestesia local o general. Dependiendo del organismo de cadx unx, la operación generalmente dura una hora. En el postoperatorio se cubre con una gasa la incisión los primeros dos o tres días; durante la semana inicial, que puede extenderse a diez días, pueden presentarse ardor y algunas dificultades para tragar y hablar, que algunxs describen como similares a las anginas. Aunque como todo procedimiento quirúrgico presenta riesgos, en manos de un cirujano calificado es poco probable que esta intervención presente complicaciones. Una reducción excesiva puede debilitar la estructura de la laringe y alterar de manera permanente la calidad de la voz. Raramente pueden presentarse reacciones adversas a la anestesia, infecciones (que son raras si se toman los antibióticos respetando las dosis y los horarios indicados por lxs médicxs), cicatriz hipertrófica que suelen relacionarse con rasgos hereditarios, reducción temporaria en la capacidad de alcanzar altas frecuencias al cantar y/o daño en áreas circundantes como las cuerdas vocales o el nervio laríngeo.

Las personas trans que hayan decidido someterse a alguna de estas intervenciones deben hacerlo siempre junto con lx cirujanx y su equipo médico que deberán sugerir las técnicas más adecuadas para cada unx, atendiendo siempre a nuestras características físicas, nuestro historial médico y, sobre todo, a nuestros deseos claramente expresados. Es importante ser conscientes de que los cambios obtenidos mediante estas técnicas quirúrgicas no son reversibles y que la utilización de anestesia, como en toda cirugía que la requiera, implica riesgo de vida. Además, como en todas las prácticas de este tipo, sus resultados dependerán del organismo y evolución particular de cada persona. En caso de realizarse alguna intervención que suponga la extirpación de los testículos es importante realizarse periódicamente "densitometrías óseas", que son exámenes para chequear la densidad de los huesos, para evitar que se genere o controlar una osteoporosis. Los estrógenos y andrógenos son imprescindibles para la producción de los huesos, siendo la primera la hormona principal que retarda la pérdida de materia ósea. Por eso, generalmente, después de este tipo de intervenciones el tratamiento hormonal se vuelve obligatorio de por vida.

EXPERIENCIAS

A continuación presentamos una serie de relatos en primera persona.
Si querés sumar tu relato, podés escribirnos a contacto@capicuadiversidad.org
http://capicuadiversidad.org ó https://www.facebook.com/capicuadiversidad.

Andrés (trans masculino)

Me operé en La Plata con el Doctor Poggio por un costo de $20.000 en la Clínica los Tilos. Me pidieron exámenes de sangre varios, electrocardiograma con riesgo quirúrgico y una placa radiográfica del tórax. Me realizó una mastectomía bilateral con masculinización del tórax. Si bien no tenía mucho busto y podía optar por la perioral, me decidí por la primera, ya que mi prioridad era quedar completamente plano. Como soy muy flaco, corría riesgo de que realizando la perioral me queden sobrantes de piel. Según lo que me explicó el médico, la piel de las mamas es la única del cuerpo que no se retrae, es decir, no es lo mismo que hacer una liposucción que la piel de la panza vuelve a pegarse fácilmente.

Me operaron Poggio y Fidalgo. El trato fue muy bueno. Yo les pedí explícitamente que quería que me dejaran los pezones lo más pequeños posibles y así cumplieron. La operación duró dos horas y media aproximadamente. Me desperté en camino a mi habitación, tiritando de frío, producto del efecto que produce la anestesia. Lo primero que sufrí fueron ganas de orinar y no poder aflojar la vejiga, ya que tu cuerpo todavía esta anestesiado. Toda la noche estuve incomodo por eso: sentía muchas ganas de orinar y me era imposible, por lo que mi madre en compañía de la enfermera me llevaban todo el tiempo al baño. Ya me podía mover y no me mareaba, no sentía dolor porque tenía analgésicos directos conectados al suero. Al otro día los médicos me quitaron los drenajes de sangre que tenía colgando. No drené demasiada sangre. También me sacaron el vendaje y por primera vez pude ver mi pecho completamente plano con los dos tajos cosidos. Esa imagen es imposible de subjetivizar, era un sueño cumplido. A la una de la tarde del día siguiente me dieron el alta. Como soy de Capital Federal, tuve que movilizarme en un taxi. El dolor que comencé a sentir durante el viaje fue muy fuerte, teniendo en cuenta que ya estaba desconectado del analgésico directo a las venas.

Los primeros tres días son bastante dolorosos y es imprescindible que estés con alguien. No podés movilizarte mucho, necesitás ayuda para higienizarte y levantarte. Me dieron dos pastillas para tomar: un analgésico y un antibiótico, ambos tenía que tomarlos cada doce horas. Es mejor si podés que los tomes con leche o con un protector hepático por la mañana porque son bastante fuertes para el hígado. A los cuatro días visité nuevamente al médico y me quitó los vendajes que tenía antes de la faja. Pero debía continuar con la faja un mes más aproximadamente. Es muy importante que sigan al pie de la letra lo de la faja porque es imprescindible que la piel se adhiera perfectamente al cuerpo.

Los puntos me los sacaron como a los diez días de la operación. Ese es el momento que más cuidado tenés que tener, ya que al no tener el hilo la herida puede querer hipertrofiarse, es decir, que puede ensancharse la herida. Continué con Tresité, que es una crema para la cicatrización, y dejé los antibióticos y los analgésicos cuando se terminaron las cajas. No sé si a todos les sucede, pero mi cuerpo comenzó a expulsar algunos puntos internos. El médico me dijo que era normal y que se caían solos. Es un poco desagradable ver el hilo como comienza a salirse, pero afortunadamente cayeron sin ningún problema. No tuve infección alguna.

Yo particularmente quedé muy conforme con la operación. Quedé plano como quería y los implantes de pezón quedaron excelentes. Mi única crítica es que, quizás, el médico fue un poco descuidado con el posoperatorio. Probablemente si me hubiese dado más recomendaciones o cremas, la cicatriz no hubiese quedado tan hipertrófica como quedó (es decir ancha). Según lo que me explicó era necesario estirar la piel para realizar la sutura por eso sucede esto, pero que es algo que se arregla con una operación ambulatoria. La verdad es que me parece raro que no recomiende una cinta o algo similar para evitar que las heridas se ensanchen, al menos eso es lo que vengo viendo y leyendo hace mucho tiempo. Por lo demás, me parece un médico súper recomendable y prolijo en su trabajo. De lo mejor que tenemos en Argentina.

Georgina Trinidad Collicheo

Yo pienso que la cirugía es primordial para el cuerpo de las chicas, es un arma muy poderosa para la transformación del cuerpo, justamente para poder reflejar nuestra identidad y cómo nos sentimos. Son necesarias, claro, aunque no todas podemos, por una cuestión económica, acceder a ellas.

Yo me pondría prótesis, porque tengo silicona líquida. Pero no me haría una reasignación genital, una vaginoplastía porque… no sé, me siento bien con mi cuerpo, lo disfruto, me gusta cuando me miro y

operarme para mí sería una mutilación. Me veo bien así. Pero, ¡ojo!, yo digo que eso está bien para mí, no es que diga que para todas tiene que ser igual. Yo respeto todas las opiniones. Poder feminizarse o sentirse femenina pasa también por otras maneras, están los que llamamos métodos caseros o "cirugías caseras" que son las que yo uso.

Santiago Thomas Romero Chirizola, 20 años, activista trans de Capicüa

La experiencia que quiero compartir es el proceso legal/médico que atravesé en la disputa con mi prepaga, OSDE BINARIO Plan 210, por su negación a que acceda a realizarme la cirugía de Mastectomía Bilateral:

En octubre de 2012 viajé desde Córdoba (la ciudad donde estaba viviendo) a la primera consulta, en el Hospital de La Plata, con el Dr. César Fidalgo, quien me dio turno para el 26 de noviembre del mismo año; presenté el pedido médico de operación a OSDE Binario, junto con el detalle del presupuesto. La prepaga envió su respuesta negativa vía mail (medio de comunicación que aún no está legalizado para dar respuestas formales), con lo cual perdí el turno para la cirugía. Su respuesta se fundamentaba en la no reglamentación de la parte Sanitaria de la Ley de Identidad de Género, que ya había sido promulgada en Junio de 2013.

En ese momento en que me enfrentaba a algo tan desconocido para mí, acudí a una abogada de San Luis (provincia donde nací) y redactamos una nota para presentar en la prepaga pidiendo que su negativa a la cobertura fuera por escrito. Nunca respondieron por escrito la negatoria de la cirugía porque sabían que me daban una herramienta para que yo pudiera iniciar cualquier acción legal. Entonces, mi abogada inició un recurso de amparo que cayó en manos de una jueza que se declaró incompetente argumentando que no había jurisprudencia. La estrategia del amparo no me llevó a ningún tipo de resolución y como comenzaba la feria judicial decidí consultar a otra abogada que tampoco me indicó el debido procedimiento sino que, por el contrario, sólo le sacó dinero a mi familia y no pude avanzar en nada con la petición de que se me autorizara la cobertura para la operación. El problema de ambas fue que no tenían en claro que a quien había que acudir por el reclamo es a la Superintendencia de Salud, organismo que regula el sistema medico público y privado de Argentina, lo que nos hubiera ahorrado meses de notas y presentaciones innecesarias ya que la ley vigente afirma que la reglamentación sanitaria será regida por el Ministerio de Salud de la Nación.

En marzo de 2013, entre estas idas y vueltas sin solución alguna, regresé a Córdoba y me encontré con un amigo, Martin, quien estaba atravesando la misma situación. Él había investigado por su cuenta y ya tenía su reclamo presentado ante la Superintendencia de Salud.

Hablar con él reanimó mis ganas y solicité un nuevo turno para cirugía, esta vez con el Dr. Omar Pellicioni del Hospital Privado de Córdoba para el 8 de agosto de 2013. Comencé el reclamo ante la Superintendencia de Salud de la provincia de Córdoba. Me solicitaron: fotocopia de DNI y CUIL (mío y del titular de la prepaga), últimos tres recibos de sueldo del titular (mi papá), pedido y presupuesto de cirugía.

El Primer Formulario de Reclamo cuenta con 15 días de plazo para que la otra parte, OSDE Binario, responda. El mismo argumentaba la violación de la Ley Nacional de Identidad de Género y Salud Integral para Personas Trans por parte de la prepaga. Fue cuando aparecieron las barreras burocráticas y por la centralización de la Superintendencia en CABA, problemas con que lidié durante todo el proceso. No hubo respuesta de OSDE en esta instancia. El plazo de quince días se convirtió en cuarenta y cinco días más, aproximadamente, de espera e incertidumbre.

Esto genera una Segunda instancia de Reclamo con un plazo de 5 días para contestarlo, si no lo hace pierde la posibilidad de una nueva negativa. La respuesta llegó, pero no fue a los cinco días acordados. Nuevamente, tuve que insistir para que esa información llegara a Córdoba. En la misma, OSDE continuaba sin aceptar las instancias de diálogos y acuerdos y seguía sosteniendo la no regulación de la Ley en su parte sanitaria.

La Superintendencia, si bien estaba atendiendo mi reclamo, no respetaba los plazos acordados, lo cual desencadenaba una violencia permanente de la prepaga hacia mi persona. Esta situación fue de mucho estrés, porque llevó a exponerme a intensas discusiones con lxs administrativxs de la prepaga hasta llegar al médico auditor de OSDE Binario – Córdoba (sucursal Nva. Cba.) quien en una discusión intentó avasallarme argumentando que una de las soluciones era que me considerara "disfórico" para que hubiera un "diagnóstico" que ameritara la cobertura; cosa que no sólo es un delirio de su parte sino una práctica ilegal. Todos estos atropellos fueron producto de la puja que existe entre el Sistema de Salud privado, la falta de reglamentación de la Ley de Identidad de Género y Salud Integral y claramente el estigma social que nos vulnera a las personas trans a la hora de acceder a derechos básicos. Otra cuestión importante a destacar es que fue mi familia y lxs propixs compañerxs trans y activistas quienes me supieron contener,

informar, acompañar y no el sistema médico e instituciones que lo regulan.

El no cumplimiento de los plazos, establecidos por ley, a mi reclamo, me llevó a enviar una carta documento a la Superintendencia de Salud y además a informarles que si era necesario utilizaría los medios de comunicación para hacer pública la situación. Esto hizo que lxs abogadxs tomaran mi expediente y le dieran la importancia necesaria (considero que debería ser la misma atención ante cualquier situación de vulnerabilidad a la salud de las personas y no llevar a las mismas a situaciones límites). La cirugía ya estaba a menos de un mes, mi familia viajó a Córdoba para acompañarme y sólo teníamos especulaciones de lxs abogadxs que aseguraban una resolución favorable para mí.

Hasta este momento el Reclamo estaba en el Área Legal y pasó al Área Jurídica donde es tomado por unx abogadx de la Superintendencia central, ubicada en CABA, que nos representa de manera personal a través de una figura legal llamada Dictamen, tercera instancia de reclamo. Esto significa que el Reclamo es analizado por todos los sectores y peritxs de la institución y si lo sostienen como válido se firma a favor de lx ciudadanx e inmediatamente la prepaga es obligada a dar la cobertura sin posibilidad de oponerse. Y, en la mayoría de los casos, además, es multada por atentar contra la salud de un beneficiario.

Para ese entonces ya estaba a 15 días de la mastectomía y, convencido de que saldría a mi favor, me hice los estudios pre-quirúrgicos. Una semana antes me llamó la abogada (cuando estaba sentado frente a lxs abogadxs de Córdoba) y me afirmó, poniendo todo en juego, que más allá de que el Dictamen estuviera retrasado saldría a mi favor, que si tenía forma de conseguir la plata para la cirugía no perdiera el turno y que el reintegro estaría pronto.

Mi familia consiguió un préstamo, ya no pude negarme a que lo hicieran porque el estrés de esta situación era insostenible para ellxs también. Estuvimos hasta el día anterior a la operación en la Superintendencia armando el Formulario de Reintegro para asegurarnos que lo pactado se cumpliera.

Finalmente me operé, no hubo ninguna complicación en la intervención y aproximadamente a los dos meses se reintegró el costo.

Realizo este relato para visibilizar la importancia de una Reglamentación completa de la Ley de Identidad de Género en su parte sanitaria. No soy la única persona que está o estuvo en esta situación. Hay quienes eligen seguir este proceso administrativo, hay quienes optan por juntar la plata y pagarla, hay quienes se encuentran en situaciones más precarias, tienen una familia ausente y/o viven en rincones de la Argentina donde directamente el acceso está denegado. Yo elegí este camino con la convicción de que era lo que estaba a mi alcance en ese momento para poder contribuir a la reglamentación sanitaria de La Ley de Identidad de Género ya que se marca un antecedente que sigue abriendo puertas en este camino de luchas que nos une a lxs personas trans. Como lo es también, este material que aporta Capicüa invitándonos a repensar la urgencia que reclama la salud trans.

Nazarena Flores

Antes de contar mi experiencia en Buenos Aires para operarme los pechos, me parece bueno contar experiencias anteriores que tienen que ver con lo mismo. Primero comencé a hormonizarme. La verdad es que no tenía idea de nada, sólo sabía que algunas chicas trans que tenían pechos (no muy grandes, pero tenían), además de caderas, los tenían gracias al uso de hormonas, inyectables o en pastillas. Un día agarré la guía de teléfono de una cabina (no me animaba a preguntar directamente) busqué el número de una farmacia y llamé para preguntar. Me dijeron que sí, que ellos colocaban inyecciones de ese tipo y enseguida me fui. Lo hacía cada diez días. El farmacéutico nunca me dijo que eso podía ser perjudicial para mi salud, algo que después con el tiempo me enteré. Enseguida comencé a notar cambios en el cuerpo, los pechos comenzaron a dolerme y a crecer. Me imagino que como a una niña que comienza a desarrollarse para verse una mujercita. A los dos meses más o menos no podía disimularlos con una remera medio ajustadita. Se me notaban.

Pero todos esos cambios vinieron acompañados de estados de ánimos que no me hacían bien. Por cualquier cosa lloraba, lloré hasta en una mesa de examen, estaba muy sensible. En ese momento de mi vida estaba llena de miedos, de dudas, sumada a la depresión que me originaban las inyecciones de hormonas que tan seguido me colocaba.

La verdad no me acuerdo quién me dijo que utilizar hormonas sin prescripción médica era malo para mi salud. Y tampoco me acuerdo del nombre ni la marca de lo que me inyectaban. Opté, así, por dejar de hacerlo y al tiempo volví a la normalidad tanto de mi cuerpo como de mi ánimo, decidida a cambiarlo, a transformarlo, pero esta vez a través de la cirugía. Alguna vez se me cruzó la idea de ponerme silicona líquida, pero aquí lo primero que hice fue informarme. Mi inquietud por averiguar sobre el tema hizo que desistiera. En Internet figuran muchas noticias e info sobre los desastres que puede hacer la silicona en el

cuerpo. Así que empecé a ahorrar. Trataba de ir todos los días a trabajar pero a veces se me complicaba porque tenía que levantarme temprano para cursar. Tardé bastante.

Lamentablemente mi primera experiencia con un cirujano no fue muy buena. No quise viajar a Buenos Aires porque me daba miedo ir sola y no podía llevar a nadie porque iba a ser un gasto más para mí, tanto en el pasaje como en la estadía. Opté por operarme con un médico de acá. Le di la plata, firmamos todo pero la clínica en la que iba a realizar la operación cerró por malas condiciones edilicias (Santa Catalina en Allen). Un año estuve para que me reintegren la plata. La clínica argumentaba que iba a reabrir en cualquier momento. A todo esto yo ya había perdido el papel en el que constaba que yo le había dado el dinero por una cirugía de mamas. El médico por suerte nunca se enteró de esto. Cuando no dio para más porque ya estaba desesperada, una amiga mía me contactó con una abogada y fue ella quien me ayudó a recuperar peso por peso.

Después de esto me decidí a buscar en Buenos Aires. Estuve días y días buscando y enviando mails. En Buenos Aires hay muchísimos cirujanos como también un mercado extranjero que viene a operarse en Argentina "con dólares" Así que algunos de los presupuestos que me pasaron eran impagables para mí. Tampoco quería lo más barato, porque ahí ya había que desconfiar. En foros en los que busqué info sobre los cirujanos que me cobraban un precio muy accesible había innumerables denuncias de personas en cuanto a los resultados, al trato, a la higiene del lugar en donde se realizaba la cirugía, etc., etc. Hasta que encontré a mi médico Gabriel Mastromónaco. No sé por qué dije ¡éste sí! Fui sola y con lo justo. Si algo hubiese salido mal y me hubiese tenido que quedar un tiempo más en Buenos Aires, no sé qué hubiera hecho. Por suerte, todo salió perfecto. Me atendieron de maravilla y los resultados son geniales. Todavía me acuerdo que cuando desperté lo primero que miré fueron mis pechos: fue una emoción difícil de explicar, muchos sentimientos juntos. Para algunas personas sólo son dos tetas, para mí, mi deseo de verme como mujer, trans, obvio y orgullosa de serlo… Mujer trans.

Cuando alguien me pregunta "¿te cambió la vida?", contesto: "¡Sí!". Cuando era chica soñaba con tenerlas. No me pasa lo mismo con mis genitales, no me molestan y no fantaseo con quitarlos.

Cuando dije que al despertar, en el quirófano, lo primero que miré fueron los pechos… me doy cuenta de que en mi casa hago lo mismo al despertarme.

Liliana y Daniel xadres de un hijx trans

Nos quedamos embarazados un viernes 9 de abril del año 1993, el día que supimos de tu existencia no hablamos en todo el día, teníamos 19 y 20 años y una responsabilidad enorme que afrontar. Naciste en el policlínico tras un parto natural difícil, bastante violento ya que como mamá desconocía los derechos que me amparaban en esa experiencia. Tus primeros pasos alrededor del añito de vida transcurrieron en el patio de la abuela Sara y se fueron afianzando hasta correr con un fútbol que jugaba y se conectaba con la intimidad de tu ser. La preferencia por los autitos en las cartas a los reyes nos fue señalando un camino que de alguna manera seguimos intuitivamente. El alejarnos de casa hacía que pudieras respirar más libertad, unas vacaciones en Viña del Mar las disfrutaste jugando en el mar con una bermuda celeste. Después vinieron durante toda la escuela primaria las batallas para ir a comprar ropa, batallas ganadas no hace falta que aclare por quién, aunque tenga que reconocer con dolor que tengo fotos de un niñx triste que por complacer cedía y allí venía la incoherencia, cómo podía ser que lo que veía y percibía con todos mis sentidos no era lo que era, recuerdo que un nudo me atravesaba la garganta, tanto lamento mi ignorancia, qué fácil hubiera sido haberlo entendido desde entonces, cuántas lágrimas te hubiera evitado hijx mío. Pero en lo más profundo con tu papá ambos sabíamos qué hacer, los autitos los tuviste, las pelotas de fútbol también, la preferencia en los juegos eran respetadas cada vez con más naturalidad, te sacamos del colegio y comenzaste una escuela mixta, mixta o diversa, ahora sabemos que todas las escuelas son diversas, si habremos recorrido clubes buscando el equipo de fútbol hasta que lo encontramos. Fines de la primaria otra vez la realidad nos pegaba en la cara con los ataques de pánico, cómo no entenderlo si era tan real. Pero bueno somos hoy lo que construimos con cada error y con cada acierto. Recién hace unos días que me di cuenta que eran ataques de pánico. Transcurre la adolescencia, vaya si adolecía mi hijx, adolecía de comprensión, de respuestas, de satisfacción. Dejaba en la puerta de la escuela un ser que se alejaba del auto con el paso y la mirada perdida en sus pensamientos, en su volcán interior aparentemente dormido. Mientras recorría psicólogos encontraba respuestas o me aturdía hasta que un día a los quince años pudiste poner en palabras en tercera persona todo lo que le sucedía a una amiga y ahí fue instantáneo hacer consciente lo que siempre supe, siguió un abrazo de alivio y aceptación, el conflicto siempre estuvo proyectado en el sufrimiento que te causaba el entorno altanero y despiadado, la crueldad de los juicios y las sonrisas falsas de los superados. Pero esta construcción no

quedó aquí. Un día al cabo de dos años o más al regresar de la terapia me hablaste de disforia de género, palabras mal utilizadas de tu psicóloga pero miles de palabras más cargadas de profesionalismo, comprensión, empatía, sabiduría, dolor de madre que también había visto sufrir a su hijo, amor y sabiduría, pero por sobre todo amor. Con ella tuvimos la primera charla con tu papá y ambos quedamos casi sin reacción, recuerdo que tuve miedo, hablar de cirugías y tratamientos hormonales nos llenó de angustia y preocupación. Fue todo muy raro, una verdadera dicotomía, había un impulso instintivo que nos hacía actuar correctamente mientras transitábamos lo desconocido, lo ignorado, a pesar de que hace apenas tres años, me pregunto: lo habríamos negado? De pronto nos sorprendieron los cambios vertiginosos, en unos pocos meses otra apariencia y la sorpresa ante nuestros ojos, por fin la coherencia, por fin se encontraron el adentro y el afuera, que hermoso mi hijx, comenzaba el último tramo hacia la verdad. Cada vez más auténtico. El cambio de identidad en el DNI, emotivo, justo, un logro. Comienza el tratamiento hormonal y otra vez la angustia y la preocupación, el respeto nos resignaba, el corazón y la razón aún no lo terminan de comprender, me pregunto si es necesario, por qué no entregarse más y confiar en la sabiduría de la naturaleza, en definitiva el Ser es el que nos acompañará siempre con este o con cualquier otro cuerpo, no está en el Ser la verdadera identidad de la persona? No termina aquí, falta el último tramo hacia la cirugía, de aquí me conforma la felicidad con que disfrutaste de la pileta el último verano, escucharte reír en la pileta jugando con tus hermanos fue suficiente para decidir que fue un acierto. Entiendo que el sufrimiento al que sometemos nuestros cuerpos se soluciona con más personalidad, cuando el ser humano deje de estar pendiente de los dictámenes sociales yo podría despedirme del sufrimiento de la depilación no? Es una cuestión de evolución. Cuando tenga mi escuela si no lo he superado yo seré una pelada involucionada y mis niños unos peludos felices.

Hoy estoy en paz, cada día escucho a una persona con proyectos, feliz, seguro, apasionado, enamorado, sensible, jugado, fuerte, ya no tengo miedo, lo protejo y por sobre todo confío en la siembra, cuando se equivoca es: -porque tiene el derecho de equivocarse – porque la siembra la hizo una madre que también se equivoca y es perfectible como cualquier ser humano.

Que el universo los ayude con los verbos, hay pensamientos de tu papá y míos y hay otros sólo míos, sientan la libertad de recortar o reformular, si he cometido algún error de concepto es porque lo entiendo desde el amor básicamente, nunca sentí una pérdida, para el amor de madre no importa si es hijo, hija o lo que sea, a la increíble persona la sigo teniendo por siempre.

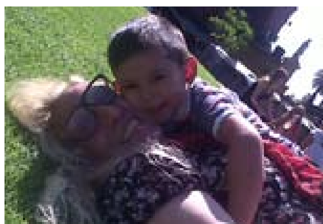
Te queremos y estamos orgullosos de vos beso

CAPÍTULO
04

FAMILIAS DIVERSAS



El actual paradigma de derechos, que tiene como ejes centrales la ley que autorizó el cambio en el Código Civil para habilitar el casamiento entre personas de cualquier género y orientación sexual y la Ley de Identidad de Género, visibilizó y legitimó una diversidad inmensa de familias y relaciones que, de hecho, existían en nuestro país. De esta manera, nos obliga legalmente a reconocerlas y a respetarlas a cada una en su especificidad y diferencia. En este sentido, hay que tener presente que las relaciones que pueden constituirse en familias son tan variadas como los sentimientos que las crean y las personas que las componen, lo que se relaciona no sólo con los géneros sino, también, con las sexualidades. Por un lado, cada unx puede reconocerse en el género masculino o femenino, o no reconocerse en ninguno y percibirse siempre en tránsito, independientemente de sus prácticas sexuales. De esta manera, las personas trans, como cualquier otra, podemos relacionarnos con personas heterosexuales, lesbianas, gays, bisexuales o pansexuales, o fluctuar alternativamente entre ellxs. Por el otro, las personas con posibilidad de embarazarse y/o gestar pueden hacerlo sin intervención médica, o a través de inseminación artificial, fecundación in vitro o subrogación de vientre (práctica todavía no legislada en nuestro país), entre otros métodos. Por su parte, las personas con capacidad de producir espermatozoides pueden utilizarlos para embarazar o inseminar, casera o médicamente a otra persona con la que haya llegado a algún tipo de relación, entendimiento o acuerdo. También en Argentina es legal la adopción para todo tipo de parejas y, también, para personas solteras, siempre que cumplan los requisitos exigidos.



Además en 2013 se sancionó y se reglamentó la Ley Nacional de Fertilización asistida[10] que reconoce como derecho la utilización de tratamientos que facilitan la concepción de hijxs para aquellxs personas o parejas que tengan dificultades, socializando estos métodos, hasta hace muy poco tiempo sólo disponibles para aquellxs que podían pagarlos, a través de todos los sistemas de salud: público, privado y obras sociales. Esta ley contempla especialmente a las parejas diversas. Hay que tener presente que su implementación está siendo dificultosa, especialmente por la oposición de los sistemas privados, pero en caso de ser necesario puede y debe llevar a la justicia la situación. El primer paso es el envío de una carta documento.

Éstas son algunas de las posibilidades actuales y legítimas para constituir familias y es importante visibilizarlas y sacarlas del silencio perjudicial al que han sido históricamente sometidas. Frente a esta variedad es importante que lxs trabajadorxs de la salud estén no solamente conscientes de ella sino que deben tener presente que tienen la obligación legal de actuar para garantizar un trato digno e igualitario, tal como lo especifican las leyes actuales. Como veíamos en el Capítulo 1, la Ley de Identidad de Género garantiza el derecho personalísimo de cada ciudadanx a ser reconocidx y tratadx en el género en que cada unx se autopercibe y a ser escuchadxs en sus deseos personalísimos. De esta manera, en el artículo 12 establece el "Trato digno" que obliga a respetar la identidad de género adoptada por todas las personas, incluyendo a niñxs y jóvenes, y a tratarlxs según el nombre de elección, desde el momento en el que es expresado, más allá de que el trámite de cambio de documentación esté iniciado o no. En este sentido, esta ley retoma la Convención sobre los Derechos del Niño y la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos

[10] http://www.infojus.gov.ar/legislacion/ley-nacional-26862-ley_reproduccion_medicamente_asistida.htm;jsessionid=1ljffaj5y1d0818ictcmsrf71h?0. *(consultado el 07/05/2014)*
http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=1416:se-reglamento-la-ley-26862-de-reproduccion-medicamente-asistida. *(consultado el 07/05/2014)*

de Niñas, Niños y Adolescentes que exige a lxs adultxs la escucha de los lxs niñxs o jóvenes en sus deseos personalísimos. De ser negado este derecho, se preveé la figura del abogado del niñx.

Desde esta perspectiva, más allá de las convicciones, las creencias, los prejuicios o las opiniones personales que se puedan tener, es fundamental para cumplir con la ley, por un lado, dejar de dar por sentado que todxs lxs pacientes son "heterosexuales" y habitan el género que les fue asignado al nacer; y, por el otro, dejar de suponer que lxs m/padres o tutores y familiares de lxs pacientes se adecuan estrictamente a los mandatos sociales de género o de prácticas sexuales. Por eso, se vuelve fundamental la reflexión y la desnaturalización del binario de género y de la matriz heteropatriarcal para volver a pensar los cuestionarios, las rutinas y los protocolos médicos e institucionales de modo de ajustarlos al actual marco legal para ofrecer un trato verdaderamente digno e igualitario. En ese sentido, es muy importante recordar llamar siempre en masculino a una masculinidad trans, incluso cuando están embarazados, y en femenino a una femineidad trans, con más razón si es mamá. También es fundamental informarse y actualizarse para ofrecer a las personas trans un panorama cierto sobre las posibilidades que se abren con nuevas técnicas –como la de inseminación artificial, la conservación de óvulos y el lavado de semen- para planificar, si lo deseamos, la concepción de hijxs. Esta información debería darse siempre a aquellxs que quieran iniciar tratamientos hormonales o cirugías, junto con la explicación detallada y minuciosa de esas terapias, concientizando especialmente sobre el impacto que tienen, a corto, mediano y largo plazo, sobre los sistemas genitales. Por eso, a continuación ofrecemos un panorama inicial sobre algunos métodos.



CONGELACIÓN DE ÓVULOS

La utilidad de la congelación o vitrificación de óvulos es preservar la posibilidad de tener hijxs ante la necesidad o decisión de realizarse algún tratamiento médico invasivo que pueda atrofiar, dañar o eliminar los ovarios –ya sea radioterapia, quimioterapia, cirugías de ovarios, terapias hormonales de largo plazo, entre otras- y producir una esterilidad definitiva. También es usada por aquellxs que desean concebir hijxs pero por diversos motivos prefieren o necesitan posponer el embarazo y el factor tiempo les juega en contra, dado que la liberacion de óvulos generalmente deja de realizarse entre los cuarenta y los sesenta años.

Este método es más eficaz si se conservan óvulos maduros. Por eso, generalmente se prescribe un tratamiento hormonal previo a realizar la extracción de óvulos para propiciar que maduren la mayor cantidad posible. La extracción de óvulos se hace mediante una punción y, a través de ella, la aspiración de los folículos ováricos que contienen óvulos flotando. El procedimiento requiere una anestesia leve, que produce una sedación de entre diez y veinte minutos, por lo que no se requiere internación ni intubación traqueal. Los óvulos pueden mantenerse congelados durante años. Y cuando se decida, se los puede descongelar y fecundar con espermatozoides de su pareja o de donante anónimo y transferir los embriones al útero por fecundación in vitro.

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

La inseminación artificial es una técnica para producir el embarazo de menor complejidad que la fecundación in vitro. Consiste en depositar en el útero los espermatozoides móviles, que son parte fértil del semen y fueron separados previamente en el laboratorio. Para aumentar la eficacia de esta técnica, suele prescribirse un tratamiento hormonal suave para estimular la ovulación, siempre habiendo verificado antes que las trompas no estén obstruidas. Se requiere tener un recuento de dos millones de espermatozoides móviles. La eficacia es de entre un quince y un veinte por ciento por ciclo. Si en tres ciclos no se consigue el embarazo, se suele proponer pasar a la fecundación in vitro.

Actualmente esta técnica se contempla dentro de la Ley Nacional de Fertilidad Asistida, por lo que puede realizarse sin costo en los casos en los que sea necesaria.

FECUNDACIÓN IN VITRO

La fecundación in vitro es un método para producir el embarazo. Consiste en extraer óvulos de los ovarios y juntarlos con espermatozoides en el laboratorio. Una vez juntos, se forma el embrión que es transferido al útero. La fecundación in vitro con microinyección espermática, también conocida por su acrónimo en inglés como ICSI (Intra Citoplasmic Sperm Injection), permite seleccionar un único espermatozoide e introducirlo en un óvulo maduro. Es una técnica más eficaz pero también más laboriosa que la fecundación in vitro convencional. Estas técnicas se realizan con utilización de una anestesia suave, que dura entre cinco y veinte minutos, por lo que no se vuelve necesaria la intubación traqueal. Todo el proceso es ambulatorio.

Actualmente la fecundación in vitro está reconocida dentro de la Ley Nacional de Fertilidad Asistida, por lo que puede realizarse sin costo en los casos en los que se vuelva necesario.

LAVADO DE SEMEN

El virus VIH se transmite por el semen, además de por la sangre y la leche. Por eso, actualmente, las personas que son seropositivo y desean concebir hijxs pueden recurrir a técnicas de lavado de semen que permite que se elimine el virus y se utilicen los espermatozoides móviles, es decir la parte fértil, para hacer una inseminación artificial o una fecundación in vitro. El VIH está en el plasma seminal y en los linfocitos T4 y macrófagos que son separados en el laboratorio de los espermatozoides. La fracción de semen obtenida después del lavado se congela y se analiza con la técnica de PCR, por si a pesar del lavado quedan restos del virus VIH. En el 98% de casos no hay virus después del lavado.

CAPÍTULO 05

DIRECCIONES, TELÉFONOS ÚTILES Y SERVICIOS AMIGABLES

Enlistamos la información que tenemos de distintas zonas de Argentina. Esperamos que puedan ayudarnos a completarlo con información actualizada de todo el país.

ASESORAMIENTO E INFORMACIÓN

Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual - ALITT
Coordinación general: 00 54 11 15 6471-1756
www.alitt.org (consultado el 07/05/2014)
alittorg@yahoo.com.ar

Asociación Travestis, Transexuales, Transgénero Argentinas - ATTTA
Callao 339, 5º piso / 00 54 11 5032-6335
De lunes a viernes de 16 a 20 hs.
www.attta.org (consultado el 07/05/2014)

Capicüa
http://capicuadiversidad.org (consultado el 07/05/2014)
https://www.facebook.com/capicuadiversidad
contacto@capicuadiversidad.org
00 54 11 15 5583-5325

Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans – FALGBT
www.falgbt.org (consultado el 07/05/2014)
info@lgbt.org

DENUNCIAS POR DISCRIMINACIÓN

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires
Venezuela 842 / 00 54 11 4338-4900 (int.7558/7560)

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)
Moreno 750 1º piso / 0800-999-2345
CENTRO DE DENUNCIAS:
denuncias@inadi.gov.ar

LUGARES DE ATENCIÓN GRATUITA

Ciudad de Buenos Aires
Asociación de Travestis, Transexuales, Transgénero Argentinas - ATTTA
Callao 339, 5º piso (Congreso)
00 54 11 5032-6335
TEST DE VIH Y HEPATITIS
Martes y jueves de 16 a 20 hs.

Centro de Salud Nº 2
Terrada 5850 (Villa Pueyrredón)
00 54 11 4572-9520/6798
ASESORAMIENTO Y TEST DE VIH

Centro de Salud Mental Nº 3 Arturo Ameghino
Av. Córdoba 3120 (Balvanera)
00 54 11 4862-0019
CONSULTA PSICOLÓGICA
De lunes y miércoles a las 16 hs.
Consultorio 27, PB
PROBLEMAS CON DROGAS Y/O ALCOHOL
Miércoles a las 15 hs. / PB

Centro de Salud Nº 7
2 de abril de 1982 y Montiel (Barrio Piedrabuena) / 00 54 11 4602-5161
ASESORAMIENTO Y TEST DE VIH

Centro de Salud Nº 13
Av. Directorio 4210 (Parque Avellaneda)
00 54 11 4671-5693
CLÍNICA MÉDICA, SALUD MENTAL y ASESORAMIENTO Y TEST DE VIH

Centro de Salud Nº 15
Humberto 1° 470 (San Telmo)
00 54 11 4361-4938
CLÍNICA MÉDICA, GINECOLOGÍA (ASESORAMIENTO SOBRE TRATAMIENTO HORMONAL), SALUD MENTAL, ASESORAMIENTO Y TEST DE VIH

Centro de Salud Nº 24
Pasaje L sin número y Laguna (Barrio R.Carrillo - Villa Soldati) / 00 54 11 4637-2002
MEDICINA GENERAL, SALUD MENTAL, TRABAJO SOCIAL, ENFERMERÍA y ASESORAMIENTO Y TEST DE VIH

Centro de Salud Nº 33
Córdoba 5741 (Palermo) / 00 54 11 5197-5079
ASESORAMIENTO EN ITS Y TEST DE VIH, ENFERMERÍA, CLÍNICA MÉDICA, GINECOLOGÍA,

ODONTOLOGÍA y SALUD MENTAL
Centro Médico Barrial Nº 14
Santiago del Estero 1678 (Constitución)
00 54 11 4305-4923
ASESORAMIENTO EN SALUD Y ENTREGA DE PRESERVATIVOS

CeSAC (Centros de Salud y Acción Comunitaria) N° 19
Curapaligue 1905, Consultorio 4.
Médicxs Generalistas.

CeSAC (Centros de Salud y Acción Comunitaria) N° 24
Barrio Ramón Carrillo, Villa Soldati, Consultorio 22.
Todos los días menos los miércoles.
Médicxs Generalistas.

Hospital Álvarez
Aranguren 2701 (Flores)
00 54 11 4611-666 (int. 2048/2042)
GINECOLOGÍA (ASESORAMIENTO SOBRE TRATAMIENTO HORMONAL)

Hospital Ferrer
Finocchieto 849 (Barracas)
00 54 11 4307-2699 / 6777
SERVICIO SOCIAL y emergencias en NEUMONOLOGÍA

Hospital Muñiz
Uspallata 2272 (Parque Patricios)
00 54 11 4304-2180/5554
Consultorios externos de INFECTOLOGÍA
00 54 11 4304-2180/5554 (int. 222)
Consultorios externos de DERMATOLOGÍA
00 54 11 4304-2180/5554 (int. 247)

Hospital Piñero
Varela 1301
Consultorios de la Residencia de Médicxs Generalistas

Hospital Ramos Mejía / Servicio de Inmunocomprometidos
Urquiza 609 (San Cristóbal)
ATENCIÓN, ASESORAMIENTO Y TEST DE VIH
Turnos: 00 54 11 4931-5252 / 00 54 11 4127-0276
De lunes a viernes de 8 a 20 hs.

Hospital Tornú
Av. Combatientes de Malvinas 3002 (Parque Chas) / 00 54 11 4521-3600/8700
UROLOGÍA (SEXOLOGÍA)
Turnos: 00 54 11 4521-3600/8700 (Int. 202)
Lunes, jueves y viernes de 9 a 12 hs.
DERMATOLOGÍA
Lunes, martes y viernes de 9 a 12 hs.
Los turnos se dan en el día.
UTE-CTERA Capital
Virrey Liniers 1043 (Boedo)
00 54 11 4957-6635
ASESORAMIENTO Y TEST DE VIH
Lunes de 10 a 13 hs. y sábados de 9 a 12 hs.

PROVINCIA DE SANTA FE

Hospital Protomédico Doctor Manuel Rodríguez
Ruta 5 sin número (Ciudad/Localidad: Recreo)
0342 490 5097 (int. 125 o 111)
Pedir con médicx residente.

CS Barrio Villa Hipódromo
Blas Parera 5110
0342 457 9279
Consultorio de Medicina General.

CS Abasto
Diagonal Avipones 12500
0342 457 9133
Consultorio de Medicina General.

CIUDAD DE CÓRDOBA

Hombres Trans Argentinos
www.facebook.com/hombrestrans.argentinos
(consultado el 07/05/2014)

AMMAR Córdoba (Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina)
Maipú 630 (Barrio Centro)
0351 423 3305
Consultorio de Salud Integral.
El espacio de salud cuenta con atención ginecológica en articulación con el Hospital Rawson, atención clínica/generalista, médico pediatra y atención odontológica, en convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba. Funciona también el Centro de Testeo Amigable, para pruebas voluntarias de ITS y VIH, con consejería y asesoramiento pre y post test, con frecuencia mensual en articulación con el Laboratorio Central de la Provincia de Córdoba. Se prevé además el funcionamiento de un consultorio jurídico, asesoramiento desde una atención social, talleres de prevención, fortalecimiento de la autoestima, género, formación en derechos.

Consultorio de la Doctora Laura Cauca (Endocrinóloga)
0351 434 8759
Atención los martes. Test VIH.
Hospital de Clínicas
Santa Rosa 1564

0351 433 7050
Hospital Rawson
Bajada Pucará 359
0351 42 4026

INADI Córdoba
Avenida General Paz 94, Primer Piso / X5000JLN
0351 426 4695
Lunes a viernes de 8.30 a 16.30 hs.
cordoba@inadi.gob.ar

PROVINCIA DE RÍO NEGRO

ATTS (Asociación de Trans y Trabajadorxs Sexuales)
Av. Roca 1937
0298 15 421 8517 (Referente Georgina)
atts@hotmail.com.ar

Si conocés o te atendés en algún servicio amigable que quieras recomendar, escribinos a contacto@capicuadiversidad.org / http://capicuadiversidad.org/ / https://www.facebook.com/capicuadiversidad.

PRESERVATIVOS GRATIS

Se pueden retirar en los lugares de atención gratuita arriba mencionados y en las sedes de las organizaciones LGBT. Para averiguar otros lugares o más información:

COORDINACIÓN SIDA
Carlos Pellegrini 313, 9° piso
00 54 11 4323-9029/9053
De lunes a viernes de 9 a 17 hs.
coordinacionsida@buenosaires.gov.ar

BIBLIOGRAFÍA

Aczel, Ilona C (2013). "Ley de Identidad de Género en Argentina: el género como derecho". Ponencia presentada en el IV Coloquio de Género y Ciencias Sociales, organizado por el Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género en colaboración con DAAD. Mímeo.

Aczel, Ilona C. (2012). "La debilidad de la mujer" en Revista *Mora (B. Aires) online* Vol. 18, No. 1, enero-julio 2012. (versión On-line ISSN 1853-001X) Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2012000100004&lng=es&nrm=iso (consultado el 07/05/2014)

Aczel, Ilona y Péchin, Juan (2006). "Las reformas del Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: regulaciones democráticas y represión política" en *Código Contravencional de la Ciudad de Buenos Aires: documentos, normas, debates y luchas políticas*, CD editado por el Área Queer, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Alcaraz, Rodolfo y Abril (2008). *El derecho a la no discriminación por identidad y expresión de género*, Textos del caracol, núm. 4. México. Disponible en http://enp4.unam.mx/diversidad/Descargas/Diversidad/Derecho%20No%20discriminacion%20identidad%20%20sexogenerica.pdf (consultado el 07/05/2014)

Alonso, Herczeg y Zurbriggen (2008). "Talleres de educación sexual. Efectos del discurso heteronormativo" en Morgade, Graciela y Alonso, Graciela (comp.) (2008). *Cuerpos y sexualidades en la escuela: de la "normalidad" a la disidencia*, Buenos Aires, Paidós.

Alonso, Graciela (2009). "Inquietar las miradas" en *No se nace heterosexual*. Cuadernillo No. 1, Año 1, 2010, Serie La Revuelta Pedagógica, Proyecto de Extensión "Por una educación pública antidiscriminatoria, no androcéntrica, no sexista, no heterosexista" de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue.

Área Queer (2006). *Código Contravencional de la Ciudad de Buenos Aires: documentos, normas, debates y luchas políticas*. Buenos Aires, Área Queer (Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires). En formato digital.

Barrancos, Dora (2007). *Mujeres en la sociedad argentina: una historia de cinco siglos*. Buenos Aires, Sudamericana.

Bazán, Osvaldo (2004). *Historia de la homosexualidad en la Argentina. De la Conquista de América al siglo XXI*. Buenos Aires, Editorial Marea.

Berkins, L. y Fernández, J. (coords.) (2005). *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires, Ed. Madres de Plaza de Mayo.

Berkins, Lohana (comp.) (2007). *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires, ALITT.

Bellucci, Mabel (1992). "De los estudios de la mujer a los estudios de género: han recorrido un largo camino" en Fernández A. M. (comp.) *Las mujeres en la imaginación colectiva*. Buenos Aires, Paidos.

Butler, Judith (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México, PUEG-Paidós.

Cabral, Mauro (2003a). "De monstruos conjurando: intersexualidad y biotecnologías de la identidad" en *Revista Mora*, Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, No. 9/10, 2003/2004.

Cabral, Mauro y Maffía, Diana (2003b). "Los sexos ¿son o se hacen?" en Maffía, Diana (comp.). *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires, Feminaria Editora.

Cabral, Mauro (2009). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano.* Online: http://aloefresa.blogspot.com/2009/03/mauro-cabral-edita-nuevo-libro.html. (consultado el 07/05/2014)

Cangiano, Cecilia y DoBois, Linsay (1993). *De mujer a género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales.* Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

Córdoba, David; Sáez, Javier y Vidarte, Paco (2005). *Teoría Queer. Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*. Madrid, Egales.

Coll-Planas, Gerard (2010). *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans*. Madrid, Egales.

Davidson, Arnold I (2004). *La aparición de la sexualidad*. Barcelona, Ediciones Alpha Decay.

Delfino, Silvia (1999). "Género y regulaciones culturales. El valor crítico de las diferencias" en Forastelli, F. y Triquell, X. *Las marcas del género. Configuraciones de la diferencia en la cultura*. Centro de Estudios Avanzados, UNC.

Delfino, Silvia y Salomón, M. Guadalupe (2003). "Regulaciones culturales y luchas políticas: el caso del Código Contravencional de la Ciudad de Buenos Aires" en *Revista Jurídica* de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Facultad de Derecho, Vol. 38, No. 1, pp. 151-167.

Di Segni, Silvia (2013). *Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Duby, Georges y Perrot, Michelle (Directores) (2000). *Historia de las mujere*s, Tomo 4: "El siglo XIX". Madrid, Taurus.

Elizalde, Silvia y Péchin, Juan (2009). "El otro placard. Regulaciones institucionales en torno a la diversidad sexual juvenil". *Revista de Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA, No. 74.

Facio, Alda y Fries, Lorena (editoras) (1999). *Género y derecho*. Santiago de Chile, Lom Ediciones / La Morada.

FALGBT y ATTTA (2011). *"Ley de identidad de género" por el derecho a ser quien cada uno y cada una es. Por el derecho a todos los derechos*. Buenos Aires, FALGBT y ATTA.

Fernández, Ana María y Siqueira Peres, William (editores) (2013). *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*. Buenos Aires, Biblos.

Fernández, Josefina (2004). *Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género*. Buenos Aires, Edhasa.

Ferro, Gabo (2010). *Degenerados, anormales y delincuentes. Gestos entre ciencia, política y representaciones en el caso argentino*. Buenos Aires, Marea Editorial.

Foucault, Michel (1996). *Genealogía del racismo*. La Plata, Editorial Altamira.

Foucault, Michel (1999). *Historia de la sexualidad*. México, Siglo XXI.

Foucault, M. (2000). *Los anormales*. México, Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.* México, Siglo XXI.

Foucault, Michel (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Green, Richard (2008). "The Three Kings: Harry Benjamin, John Money, Robert Stoller". Disponible en http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10508-008-9392-3?LI=true#page-1. (consultado el 07/05/2014)

Hernández García, Yuliuva (2006). "Acerca del género como categoría analítica" en *Nómadas. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas* (ISSN-e 1578-6730), Universidad Complutense de Madrid, Nº. 13, 2006. Disponible en http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/13/yhgarcia.html (consultado el 07/05/2014)

Lavigne, Luciana (2009b). "La regulación biomédica de la intersexualidad. Un abordaje de las representaciones socioculturales dominantes" en Cabral, Mauro. *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano.* Online: http://aloefresa.blogspot.com/2009/03/mauro-cabral-edita-nuevo-libro.html. (consultado el 07/05/2014)

Llamas, Ricardo y Vidarte, Francisco J. (1999). *Homografías*. Madrid, Espasa Calpe.

Llamas, Ricardo y Vidarte, Francisco Javier (2001). *Extravíos*. Madrid, Espasa-Calpe.

Meccia, Ernesto (2008). "Siempre en agenda: una perspectiva sociológica acerca de la cuestión de la no heterosexualidad en la programática del Estado argentino" en *Cuadernos de estudos latino-americanos*, No. 6, Sep.-Dez. Disponible en http://www.cecies.org/imagenes/edicion_314.pdf. (consultado el 07/05/2014)

Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (2010). "La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas" en *Norte de salud mental*, vol. VIII, nº 38, pp 44-55. Disponible en http://antigua.ome-aen.org/norte/38/44-55%20corr.pdf. (consultado el 07/05/2014)

Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (editores) (2011). *El género desordenado. Crítica en torno a la patologización de la transexualidad.* Madrid, Egales.

Missé, Miquel (2013). *Transexualidades. Otras miradas posibles*. Madrid, Egales.

Nieto, José Antonio (comp.) (1998). *Transexualidad, transgenderismo y cultura. Antropología, identidad y género.* Madrid, Talasa.

Péchin, Juan E. (2011). *Géneros, sexualidades y resistencias políticas a la normalización. Etnografía sobre procesos identitarios en/desde la escolaridad del siglo XXI en Buenos Aires*, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Mímeo.

Preciado, Beatriz (2002). *Manifiesto contrasexual*. Madrid, Editorial Ópera Prima.

Prieto, Alan Otto (2012). "The Él Word" en *Complemento. Soy lo que te faltaba*, 5 de octubre de 2012. Disponible en: http://complementozine.blogspot.com.ar/2012/10/nota-de-tapa.html. (consultado el 07/05/2014)

Platero Méndez, R. y Gómez Ceto, E. (2008). *Herramientas para combatir el bullying homofóbico.* Madrid, Talasa Ediciones.

Platero Méndez, R. (L). 2009). "Transexualidad y agenda política: una historia de (dis)continuidades y patologización" en *Politica y sociedad*. Vol. 46, No. 1 y 2, pp. 107-128. Disponible en http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/23002. (consultado el 07/05/2014)

Rapisardi, Flavio y Modarelli, Alejandro (2001). *Fiestas, baños y exilios. Los gays porteños en la última dictadura*. Buenos Aires, Sudamericana.

Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español (2012). *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del sistema nacional de salud*. Disponible en http://stp2012.info/guia/STP-propuesta-sanidad.pdf (consultado el 07/05/2014)

Rubin, Gayle (1984). *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad* disponible en http://webs.uvigo.es/xenero/profesorado/beatriz_suarez/rubin.pdf. (consultado el 07/05/2014)

Rubin, Gayle (1986). "El tráfico de mujeres: Notas sobre la 'economía política' del sexo" en *Nueva antropología*, Vol. VIII, Nº 30, México. Publicación original: "The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex" en Reiter, Rayna (ed.) (1975). *Toward an Anthropology of Women*, New York, Monthly Review Press; también reeditado en *Second Wave: A Feminist Reader* y en otras colecciones. Disponible online en pdf.

Sáez, Javier (s/f). "Freud, Lacan: el sexo a la deriva" en http://www.geocities.com/westhollywood/6742. (consultado el 07/05/2014)

Sabsay, Leticia (2011). *Fronteras sexuales: espacio urbano, cuerpos y ciudadanía*. Buenos Aires, Paidós.

Salessi, Jorge (2000). *Médicos maleantes y maricas*. Rosario, Beatriz Viterbo.

Talburt, Susan y Steinberg, Shirley R. (eds.) (2005). *Pensando queer. Sexualidad, cultura y educación.* Barcelona, Editorial Graó.

Tin, Louis-Georges (2012). *La invención de la cultura heterosexual.* Buenos Aires, El Cuenco de Plata.

Zubiaur, Ibon (editor) (2007). *Pioneros de lo homosexual*. Barcelona, Anthropos.

Zurbriggen, Ruth (2008). "Intolerables transgresiones para el orden escolar: los cuerpos (y las vidas) de las travestis" en *No se nace heterosexual*. Cuadernillo No. 1, Año 1, 2010, Serie La Revuelta Pedagógica, Proyecto de Extensión "Por una educación pública antidiscriminatoria, no androcéntrica, no sexista, no heterosexista" de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue.

Páginas web consultadas

http://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Cronolog%C3%ADa_de_la_historia_LGBT. *(consultado el 07/05/2014)*

http://es.wikipedia.org/wiki/Legislaci%C3%B3n_sobre_la_homosexualidad_en_el_mundo. *(consultado el 07/05/2014)*

http://es.wikipedia.org/wiki/Art%C3%ADculo_175. *(consultado el 07/05/2014)*
(Alemania)

http://es.wikipedia.org/wiki/Transexualidad. *(consultado el 07/05/2014)*

http://es.wikipedia.org/wiki/Harry_Benjamin. *(consultado el 07/05/2014)*

http://es.wikipedia.org/wiki/John_Money. *(consultado el 07/05/2014)*

http://es.wikipedia.org/wiki/Homosexualidad. *(consultado el 07/05/2014)*

http://es.wikipedia.org/wiki/Primer_movimiento_homosexual. *(consultado el 07/05/2014)*

http://www.transgendercare.com/medical/resources/tmf_program/tmf_program_regimens.asp. *(consultado el 07/05/2014)*

http://www.siluetax.com/terapiahormonal.html. *(consultado el 07/05/2014)*

http://placeresocul.blogspot.com.ar/2007/04/terapia-de-reemplazo-hormonal-hombre.html. *(consultado el 07/05/2014)*

http://www.figinternet.org/FAQ-index-myfaq-yes-id_cat-10.html. *(consultado el 07/05/2014)*

http://shbtrans.wordpress.com/tratamiento-hormonal-sustitutivo/. *(consultado el 07/05/2014)*

http://shbtrans.wordpress.com/el-medico-responde-a-los-chicos/. *(consultado el 07/05/2014)*

http://investigacionaspie.blogspot.com.ar/2011/09/tratamiento-con-testosterona-en-hombres.html. *(consultado el 07/05/2014)*

http://www.hespanol.com.ar/upload/Orquidectom%C3%ADa.pdf. *(consultado el 07/05/2014)*

http://www.argentina.ar/temas/pais/20612-ley-de-fertilizacion-asistida-la-reglamentacion. *(consultado el 07/05/2014)*

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/08/19/actualidad/1376938559_453077.html. *(consultado el 07/05/2014)*

http://lgbtiqa.wordpress.com/tag/intersex/. *(consultado el 07/05/2014)*

http://www.shb-info.org/id1.html. *(consultado el 07/05/2014)*

APORTES PARA PENSAR LA

SALUD

DE PERSONAS

TRANS



www.capicuadiversidad.org